

UNIVERSITÉ PARIS V
FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN - PORT-ROYAL

ANNÉE 1970

N°

1

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

APELIOIG Evelyne

Interne des Hôpitaux de Paris,

Née le 5 Octobre 1939, à Louveciennes (78).

Présentée et soutenue publiquement le 1971

HYSTÉRIE ET DÉPRESSION.

Président : Mr. P. PICHOT, Professeur.

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren
PARIS (6^e)

1970

UNIVERSITÉ PARIS V
FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN - PORT-ROYAL

ANNÉE 1970

N°

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

APELIOIG Evelyne

Interne des Hôpitaux de Paris,

Née le 5 Octobre 1939, à Louveciennes (78).

Présentée et soutenue publiquement le

HYSTÉRIE ET DÉPRESSION.

Président : Mr. P. PICHOT, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)
1970

UNIVERSITÉ PARIS V
FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN - PORT ROYAL

ANNEE 1970

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

ALFRED EVELINE

Interne des Hôpitaux de Paris

Née le 3 Octobre 1947 à Louvain-la-Neuve (B)

Présentée et soutenue publiquement le



HYSTÉRIE ET DÉPRESSION

Président : M. A. HUCHOT

UNIVERSITÉ PARIS V

FACULTÉ DE MÉDECINE

COCHIN - PORT ROYAL

1970

A MA MÈRE

A Monsieur le Professeur Jean DELAY

Qui nous a fait l'honneur
de nous accueillir dans son
Service.

En témoignage de notre
profond respect.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549001_0014

A Monsieur le Professeur P. PICHOT

Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse.

En témoignage de notre
profond respect.

A Mademoiselle le Professeur Th. LEMPERIÈRE

Qui a inspiré le sujet de
cette thèse et a bien voulu
nous aider de ses conseils.

Qu'elle trouve ici l'expres-
sion de notre sincère recon-
naissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

Monsieur le Professeur J. BARCAT

Monsieur le Professeur BENDA, In Memoriam.

Monsieur le Professeur M. LAMY

Monsieur le Professeur R. ANDRÉ

Internat

Monsieur le Professeur FOUQUET, In Memoriam.

Monsieur le Docteur R. CLAISSE

Monsieur le Professeur A. GROSSIORD

Monsieur le Docteur J. AUBRY

Monsieur le Professeur LEREBoullet

Monsieur le Professeur L. MICHAUX

Monsieur le Professeur J. DELAY

HYSTÉRIE ET DÉPRESSION



P L A N

20 10 72

- INTRODUCTION.

I - LA DEPRESSION DANS L'HISTOIRE DE L'HYSTERIE.

II - DEPRESSION HYSTERIQUE ET DEPRESSION NEVROTIQUE.

III - VIEILLISSEMENT DES HYSTERIQUES ET DEPRESSION.

IV - ETUDE DES RELATIONS ENTRE PERSONNALITE HYSTERIQUE ET DEPRESSION.

- 1)- La dépression comme forme de relation à autrui.
- 2)- Relation d'objet dans l'hystérie.
- 3)- Le conflit oedipien. Le problème de l'Identification en tant qu'être sexué.
- 4)- Angoisse de castration et tendance dépressive.
- 5)- L'histrionisme comme mode de défense contre la dépression.

V - L'HYSTERIQUE FACE AU PROBLEME DE LA MORT.

- 1)- Deuil hystérique.
- 2)- Le suicide de l'hystérique.

VI - PROBLEMES THERAPEUTIQUES.

VII - CONCLUSIONS.

VIII - BIBLIOGRAPHIE

I N T R O D U C T I O N

Depuis plus d'un siècle, l'hystérie n'a pas lassé la curiosité des psychiatres, sachant offrir des aspects nombreux et variés qui constituent autant d'énigmes nouvelles.

Et si l'on considère l'ensemble des travaux inspirés par la grande névrose, on se rend compte à quel point le mode d'approche, l'essai de compréhension de l'hystérie ont évolué au cours du temps.

Aux descriptions brillantes des manifestations théâtrales de l'hystérie a succédé peu à peu le souci d'appréhender la structure psycho-pathologique susceptible de favoriser l'apparition de tels symptômes.

Ainsi s'est précisée la notion de personnalité hystérique qui désormais n'est plus confondue avec les symptômes hystériques, ceux-ci pouvant être observés en dehors d'une organisation hystérique de la personnalité.

Si la démarche du psychiatre s'est modifiée au cours du temps, l'objet de son étude n'a pas gardé tout à fait le même visage : n'est-ce pas là le propre de la mouvante hystérie ? Ces malades ont l'art d'offrir à leur interlocuteur privilégié, le Médecin, l'aspect qui toujours intrigue, séduit, assure l'attention et les soins dont elles ne sauraient se passer.

Aussi, certaines manifestations autrefois pas-

sées inaperçues, ou négligées au profit d'une symptomatologie plus spectaculaire, occupent-elles aujourd'hui une place de plus en plus importante dans le tableau clinique de l'hystérie.

Nous voulons parler en particulier de la symptomatologie dépressive, car l'hystérie, plus que jamais et plus que toute autre névrosée, est vue pour des états dépressifs, souvent récidivants, accompagnant ou remplaçant peu à peu, au cours du temps, les manifestations de conversion somatique.

L'étude des rapports entre hystérie et dépression semble être facilitée par l'essai de définition d'une personnalité hystérique :

Et le point essentiel de notre travail sera l'étude des relations structurales pouvant exister entre personnalité hystérique et tendance dépressive ; autrement dit, la question fondamentale est de savoir si l'incidence de la dépression chez l'hystérique est non seulement une forme de relation à autrui, une demande de gratification par le biais de la souffrance, mais encore et surtout une conséquence directe de l'organisation structurale de la personnalité, se démasquant électivement dans des situations de frustration.

Ainsi, après avoir étudié la place accordée à la dépression dans l'histoire de l'hystérie, et son devenir au cours du vieillissement de ces malades, nous envisagerons l'aspect clinique de ces états dépressifs, leurs rapports avec la dépression névrotique, puis nous aborderons le problème central, celui des relations structurales entre hystérie et dépression.

Deux points particuliers nous retiendront enfin : le deuil hystérique et la tentative de suicide chez l'hystérique.

Chapitre I

LA DEPRESSION DANS L'HISTOIRE DE L'HYSTERIE

Dans la première moitié du XIXème siècle, un grand nombre de psychiatres ne voyaient dans l'hystérie que mensonge et simulation ; ces auteurs, en vérité, n'ont décrit l'hystérie que pour nier la réalité de son existence !

A la fin du XIXème siècle, au contraire, l'hystérie a droit de cité, non seulement en tant que réalité clinique, mais en tant que maladie mentale. Plusieurs auteurs mettent l'accent sur la possibilité d'états dépressifs authentiques au cours de cette névrose.

- Dans l'oeuvre de CHARCOT, à côté des descriptions célèbres des manifestations théâtrales de l'hystérie, une place est faite à un ensemble symptomatique, la neurasthénie, parfois associée à l'hystérie : on parle alors d'"hystéro-neurasthénie", consécutive le plus souvent à un "choc nerveux", mais pouvant se voir même "sans l'intervention quelconque d'un traumatisme".

Dans les Leçons du Mardi, sont rapportés plusieurs cas d'hystéro-neurasthénie, toujours observés chez des hommes. Il y aurait une chronologie dans l'apparition des symptômes : "En général, ce sont les phénomènes neurasthéniques qui ouvrent la scène et, si l'on peut ainsi dire, préparent le terrain sur

lequel se développeront un peu plus tard les symptômes hystériques".

Quoi qu'il en soit, à la fin de son oeuvre (1888-1889), CHARCOT insiste sur la survenue possible, chez l'homme essentiellement, de symptômes dépressifs, tristesse, aboulie, idées de suicide, "dans les cas d'hystérie les plus accusés".

- PITRES, dans ses Leçons Cliniques, traitant quelques années plus tard (1892), "De la neurasthénie et de l'hystéro-neurasthénie traumatiques", insiste à son tour sur les états neurasthéniques post-traumatiques, dans lesquels les troubles de la mémoire, de l'attention, de l'humeur, avec tristesse et morosité, sont au premier plan du tableau clinique ; il affirme que "l'association de l'hystérie et de la neurasthénie est fréquente", remarquant en particulier chez un de ses malades que le symptôme le plus apparent est "la tristesse profonde qui obsède son esprit ... Il est manifestement désespéré et fatigué de vivre".

PITRES, comme JANET à la même époque, s'élève contre la réputation de mensonge et de supercherie faite à l'hystérique, et défend l'authenticité de la dépression chez ces malades, "sincères quand elles prennent des résolutions tragiques que le moindre incident leur fait oublier".

Traitant du suicide des hystériques, PITRES, ayant mis l'accent sur l'humeur labile et le caractère puéril des hystériques, ajoute : "Quand je vois leurs prétendues comédies tourner au tragique et aboutir aux dénouements sur lesquels je viens d'appeler votre attention, je repousse le soupçon de supercherie qui me paraît invraisemblable jusqu'à l'absurde".

- JANET a remarquablement compris et exprimé la constance et la profondeur de la dépression chez tou-

tes ses malades. Toutes ses observations mentionnent des symptômes dépressifs.

Il était frappé par l'apragmatisme, la tristesse de ces malades, leur "ennui, celui qu'aucun amusement ne peut dissiper et qui est une maladie de l'esprit, faite de désir et d'impuissance". Car, JANET l'a fort clairement exprimé, la dépression chez l'hystérique est liée au sentiment de sa faiblesse, de son infériorité : "... Très préoccupées de leur faible personne, elles réclament tous les soins et tous les égards, elles demandent à autrui la force morale qu'elles n'ont pas en elles-mêmes, et se trouvant toujours impuissantes, elles se croient toujours négligées". JANET met ainsi l'accent sur l'un des aspects essentiels de la dépression des hystériques : le désir toujours insatisfait de compenser le sentiment d'infériorité par la recherche de relations objectales valorisantes.

L'humeur dépressive dans l'hystérie est liée à la conscience que ces malades ont de leur "faiblesse", elle-même en rapport avec la tendance à rêver sans cesse, l'aboulie, la dissociation de la personnalité. La faiblesse de la tension psychologique est à l'origine de tous ces troubles.

JANET souligne enfin la fréquence des idées de suicide chez ses malades hystériques, conséquence bien compréhensible de leur tendance à la mélancolie et au désespoir, car "la mélancolie et la tristesse sont les sentiments dominants chez les femmes comme chez les hommes".

- Paradoxalement, on peut s'étonner que FREUD, tout en décrivant des symptômes dépressifs dans les observations publiées, en particulier dans le cas Dora, se soit peu arrêté à ce vécu douloureux et triste, si fréquemment rencontré chez ses patientes hystériques.

- L'Ecole Psychanalytique, à la suite de FREUD, s'est peu penchée sur ce problème jusqu'à ces quinze dernières années ; ce fait nous semble en rapport avec l'évolution des idées dans la conception psychanalytique de l'hystérie : pour FREUD en effet, l'hystérie est le type même de la névrose génitale, exempte en principe de toute régression à un stade libidinal antérieur ; en fait, FREUD lui-même, dans la dernière partie de son oeuvre (Symptômes, Inhibition et Angoisse), a nuancé quelque peu cette opinion.

Une dizaine d'années plus tard, REICH, notant la fréquence des états dépressifs chez les hystériques, admet l'idée d'une régression orale partielle.

- En réalité, après les travaux de JANET, il faut attendre une cinquantaine d'années pour que l'on tienne la tendance dépressive pour un aspect fondamental de la structure hystérique.

Pour MALLET (1955), la dépression entre dans la constitution même du caractère hystérique ; celui-ci se définit en effet par deux ordres de symptômes : les attitudes de lutte contre la sexualité d'une part, la tendance dépressive d'autre part. Si bien que celle-ci est en fait présente, au moins à quelque degré, dans tous les cas d'hystérie.

- Les études ultérieures sur l'hystérie mentionnent toutes, sous une forme ou sous une autre, la fréquence des états dépressifs, motif courant de consultation de nos jours.

Th. LEMPERIERE (1965 : Congrès de Lausanne) a insisté sur la fréquence des réactions dépressives, observées chez 51 % des femmes et 30 % des hommes hystériques.

Chez certaines malades, la dépression a un aspect chronique, peu influencé par les médicaments anti-dépresseurs.

Les tentatives de suicide, souvent répétées, aboutissent à la mort pour 4 % des hystériques de conversion.

L'auteur remarque enfin que les états dépressifs sont plus fréquents et souvent plus profonds chez les personnalités hystériques dites asymptomatiques que chez les hystériques de conversion. Ceci nous intéresse particulièrement, puisque nous nous proposons de chercher une éventuelle corrélation entre tendance dépressive et personnalité hystérique.

- CIOMPI, en 1966, dans une étude longitudinale d'une population de femmes hystériques, montre que si la plupart des manifestations hystériques disparaissent ou s'atténuent avec l'âge, on n'observe pas une évolution comparable pour les symptômes dépressifs ; la symptomatologie se modifie dans les trois-quarts des cas, devenant, avec l'âge avancé, de moins en moins nettement hystérique et de plus en plus souvent dépressive, hypocondriaque, anxieuse ou psychosomatique. Cette évolution est particulièrement significative chez les personnalités hystériques du groupe étudié ; 12 des 16 malades ayant une vieillesse nettement décompensée répondent aux critères de personnalité hystérique.

Nous trouvons donc, là encore, une coïncidence entre l'organisation hystérique de la personnalité et la tendance dépressive, incitant à rechercher des relations psycho-dynamiques entre les deux.

- LAZARE et KLERMAN, en 1968, chez des patientes hospitalisées pour des états dépressifs (appréciés à l'aide de l'échelle de Hamilton modifiée), trouvent, chez 43 % d'entre elles, des traits hystériques dominants (au moins 4 des 7 traits de caractère retenus par CHODOFF et LYONS pour définir la personnalité hystérique : égocentrisme, histrionisme, érotisation des relations interpersonnelles, dépendance affective, labilité émotionnelle, peur de la

sexualité, suggestibilité).

Cette étude récente vient confirmer l'hypothèse formulée par MALLET, selon laquelle la névrose sous-jacente à la plupart des dépressions névrotiques est essentiellement l'hystérie.

C h a p i t r e II

DEPRESSION HYSTERIQUE ET DEPRESSION NEVROTIQUE

Quels sont les caractères cliniques de la dépression chez les hystériques ?

Si l'intensité et la durée des accès dépressifs sont fort variables d'un malade à l'autre, un certain nombre de points communs peuvent être dégagés :

- Le début, brutal ou progressif, est lié à un facteur déclenchant plus ou moins facile à mettre en évidence ; la dépression apparaît en général comme un mode de réaction à une situation frustrante, qui se résume à la diminution ou à la perte d'apports narcissiques valorisants, à la rupture d'une relation objectale.

Décès, rupture, échec, abandon, difficultés parfois minimes aux yeux de l'observateur, mais posant au sujet le problème de la perte d'estime de soi-même, sont susceptibles d'entraîner chez l'hystérique, avec une facilité et une fréquence remarquables, des modifications de l'humeur et de l'activité souvent accompagnées de manifestations somatiques.

- La tonalité dépressive de l'humeur donne son unité aux tableaux cliniques ; ces malades sont tristes et désespérées ; tout affect est ressenti comme

désagréable ; le sentiment d'infériorité et d'impuissance est à l'origine des idées de découragement exprimées par ces patientes dont les désirs illimités sont voués à l'insatisfaction.

L'hystérique semble attendre de l'autre le miracle qui la comblerait ; à travers sa dépression, elle exprime le problème fondamental et crucial de son Désir confronté à la Réalité.

- L'anxiété est toujours présente à quelque degré.

- Les troubles du sommeil sont pratiquement constants, se manifestant parfois par un besoin accru de sommeil, "mode oral de récupération" (MALLET) ; ailleurs, l'insomnie tenace vient encore aggraver l'anxiété et l'asthénie, entrecoupée d'un sommeil agité peuplé de cauchemars.

- Les plaintes somatiques sont habituelles, nombreuses, variables, parfois au premier plan, pouvant même masquer le syndrome dépressif dont elles sont la seule expression. Il serait fastidieux de les énumérer : tout peut se voir, du syndrome algique localisé ou diffus ("tout le corps fait mal"), toujours décrit dans le style métaphorique propre à l'hystérique, jusqu'aux symptômes de conversion ; conversion souvent incomplète, insuffisante défense contre un désarroi profond. Quelle que soit sa participation, le corps est toujours utilisé dans le langage de cette névrose d'expression.

- L'inhibition intellectuelle, les troubles de l'activité, parfois minimes, peuvent être au premier plan : ils ont été admirablement décrits par JANET pour qui "les hystériques se présentent au premier abord sous deux aspects différents : les unes sont remuantes, agitées, gaies, comme Marguerite ; les

autres sont calmes, rêveuses, mélancoliques comme Berthe. Au fond, ces deux types reviennent à peu près au même : elles ne sont plus bonnes à rien ni l'une ni l'autre... Si l'on interroge les parents sur le début de la maladie, le récit est toujours le même, on a commencé à s'apercevoir qu'elles ne pouvaient plus faire leur ouvrage".

Cette difficulté à agir, cette tristesse et ce désespoir peuvent réaliser un tableau d'apragmatisme profond, voire de véritable marasme, chez une malade qui ne quitte plus son lit et qui refuse de s'alimenter, pour qui le temps s'est figé dans un sentiment d'uniformité triste et douloureuse, privé de perspective.

- Quelle que soit la profondeur de la dépression, deux points nous semblent mériter une attention toute particulière :

* Si le désir de mourir peut être exprimé, si les tentatives de suicide ne sont pas rares, on peut cependant affirmer que l'agressivité du sujet n'est pas tout entière tournée contre lui-même, comme c'est le cas dans la mélancolie, mais reste en grande partie destinée à l'autre, par l'intermédiaire des manifestations mêmes de sa dépression.

Loin de se sentir coupable, l'hystérique rejette la responsabilité de sa souffrance sur le monde extérieur : le Destin, l'objet qui a retiré son amour. La dépression, chez ces malades, reste une façon de demander quelque chose, un mode de communication avec autrui.

Et l'expression de la souffrance peut devenir une forme plus ou moins consciente de manipulation de l'entourage ; l'exhibition du désespoir, auquel les tentatives de suicide viennent apporter une note d'authenticité ou ... de chantage, mobilise les soins ininterrompus, la sollicitude inquiète de l'entourage. Car l'hystérique n'hésite pas à aller

jusqu'au drame pour récupérer l'amour inconditionnel dont elle est si avide.

* L'apparition de cet "état pathologique de souffrance psychique" (NACHT, RACAMIER), où domine la perte du sentiment de valeur personnelle, est liée à un facteur déclenchant qui se résume finalement à la "rupture d'un lien étroit et mutuel d'amour", car la perte d'amour est la situation dépressive fondamentale.

La notion de "crises de dépression" est donc particulièrement nette chez l'hystérique et l'évolution y dépend en général étroitement de l'attitude de l'entourage : la moindre gratification peut amener une amélioration spectaculaire qu'une déception à peine perceptible pour l'observateur anéantit avec la même rapidité.

Ce qui nous a paru essentiel pour caractériser la dépression hystérique correspond en fait aux critères adoptés pour définir la dépression névrotique, que l'on oppose habituellement à la dépression mélancolique.

Nous pensons en effet que, par son aspect clinique et sa dynamique, la dépression hystérique répond mieux que toute autre (et en particulier mieux que la dépression dite psychasthénique) au champ de la dépression névrotique.

MALLET, faisant remarquer que la chute de l'estime de soi occupe une position vraiment centrale dans la dépression névrotique, affirme que la névrose sous-jacente aux manifestations observées est essentiellement l'hystérie.

La perte de l'estime de soi, étroitement liée à la diminution ou à la cessation d'apports extérieurs valorisants, nous paraît représenter un aspect fondamental à la fois de la dépression névrotique et de la structure hystérique de la personnalité.

Si la dépression d'infériorité occupe une position centrale dans l'hystérie, elle peut passer inaperçue dans la biographie de bien des malades, soit que celles-ci n'aient pas eu l'occasion de se décompenser, soit que les modes de défense aient réussi à masquer pendant longtemps ce "manque" fondamental douloureusement éprouvé. Une étude longitudinale d'une population d'hystériques illustre cet aspect, mettant en évidence une modification de la symptomatologie au cours du temps : on observe généralement la diminution, voire la disparition des symptômes de conversion, mettant à jour progressivement la dépression chez l'hystérique vieillissante.

C h a p i t r e I I I

VIEILLISSEMENT DES HYSTERIQUES ET DEPRESSION

ERNST a étudié ce problème de la modification des symptômes au cours du temps chez les hystériques; chez 24 malades réexaminées après 24 ans d'évolution, il observe une disparition complète des symptômes hystériques, très souvent remplacés par d'autres troubles et surtout des affections psycho-somatiques et des symptômes dépressifs. Sur 27 malades, pendant une période d'observation de 24 ans, ERNST relève 3 suicides "réussis", ce qui représente le pourcentage très important de 13 %.

L'étude qui nous paraît la plus complète est celle de CIOMPI sur "Le vieillissement des hystériques" (Encéphale, 1966) :

- L'âge des malades au moment de l'examen catamnétique est en moyenne de 72,8 ans.

- La durée des catamnèses en moyenne de 33,6 ans.

- La symptomatologie appelée hystérique (il s'agit essentiellement des symptômes de conversion) a habituellement une évolution favorable, puisqu'elle disparaît complètement dans les deux tiers des cas étudiés ; on n'a jamais observé une aggravation de ces symptômes.

- Par contre, de nouveaux troubles affectifs apparaissent chez 23 patientes (sur 34) ; il s'agit essentiellement de troubles dysphoriques, et, au total, près de la moitié des malades ont une vieillesse nettement décompensée par des troubles dépressifs, anxieux, hypocondriaques, qui ont partiellement ou totalement remplacé l'ancienne symptomatologie hystérique.

Si ces résultats sont confrontés à la recherche de traits de personnalité hystérique chez ces malades, il est d'un grand intérêt de noter que l'évolution est franchement moins bonne lorsqu'il existe une organisation hystérique de la personnalité, sous-jacente aux manifestations hystériques d'autrefois : 12 des 19 personnalités hystériques du groupe restent pratiquement inchangées, ou sont même aggravées.

Dans l'ensemble, on relève le rôle favorable joué par la possibilité d'exercer des activités compensatrices et valorisantes, ce qui montre bien l'importance de la fonction d'idéalisation dans la structure du dépressif comme dans celle de l'hystérique.

Deux de nos observations peuvent servir à illustrer l'évolution de la symptomatologie au cours du vieillissement :

OBSERVATION N° 1

Mme LE G... Paule, 54 ans, a été hospitalisée dans le Service Libre de la Clinique de la Faculté pour un état dépressif traînant depuis plusieurs mois.

Mme Le G... est la 3ème d'une fratrie de 4.

Née d'une mère lorraine, intelligente, autoritaire, dévouée à ses enfants, et d'un père tourangeau,

Inspecteur à la Compagnie des Eaux, instable et coléreux, elle a fait de brillantes études secondaires et, après le baccalauréat, est devenue Assistante d'orthophonie et de rééducation.

Elle a cessé toute activité professionnelle à l'âge de 24 ans, après son mariage avec un Capitaine de Frégate, ami d'enfance, qu'elle décrit comme "cultivé, intelligent, mais supportant mal les enfants, surtout petits". De fait, de nombreuses difficultés surgiront entre les deux époux précisément à propos des cinq enfants qui naîtront de cette union.

Il faut d'ailleurs préciser que Mme Le G... a été pratiquement seule pour élever ses enfants, car son mari, qui naviguait, était la plupart du temps absent du foyer.

Le premier épisode dépressif se situe peu après la mort brutale de sa mère, en 1962, consécutive à un accident cardiaque aigu. Anxiété intense, asthénie, palpitations, nausées, vomissements, impression d'étau autour de la gorge, sont les principales manifestations de cet épisode qui aura assez rapidement une évolution favorable, après un séjour de deux mois en Clinique psychiatrique.

Mais la même symptomatologie apparaîtra avec la même brusquerie 4 ans plus tard, en 1966, très directement liée aux échecs scolaires de ses enfants. Une cure de Sakul, pratiquée dans une clinique, n'amènera qu'une amélioration incomplète. La patiente reprend une vie apparemment normale, certes, mais n'a pas retrouvé son élan, son dynamisme habituels.

En Décembre 1967, peu avant les fêtes de Noël, elle est hospitalisée dans le Service pour un état dépressif ayant débuté quatre mois plus tôt, en rapport cette fois avec des vacances passées chez sa belle-mère, séjour non souhaité et même redouté : le matin du départ, elle a éprouvé une angoisse intense, "localisée au creux épigastrique", accompagnée d'une tachycardie et d'une douleur vive, en étau, au niveau

de la nuque.

Elle est partie cependant, mais à son retour s'est installé progressivement un état dépressif et anxieux dans lequel la peur de la solitude était le thème central :

Elle perd l'appétit, l'insomnie présente depuis une dizaine d'années s'aggrave. Anxieuse, Mme Le G... éprouve en permanence un sentiment pénible d'abandon et d'impuissance. Elle est de plus en plus apragmatique, ne peut se lever le matin, est désormais incapable de tenir la maison comme elle le faisait jusqu'alors.

L'agressivité envers l'entourage et l'art de faire naître des situations frustrantes trouvent leur expression à travers sa relation avec le psychiatre qui la suit depuis le début de ses troubles: Mme Le G... met visiblement le médecin en échec, le quitte..., consulte un autre praticien, est finalement hospitalisée dans le Service quelques jours plus tard.

On est alors frappé par l'aspect asthénique, les nombreuses plaintes somatiques, la présentation typiquement hystérique de cette malade. L'humeur est dépressive chez une malade qui pense être incurable, mais n'exprime pas d'idées de suicide.

Outre le syndrome algique, il existe un blé-pharospasme, apparu au début de l'épisode dépressif actuel.

Sous traitement anti-dépresseur, une amélioration certaine est notée, mais la malade reste fragile, sensible à la moindre frustration.

Une réinsertion professionnelle est vivement souhaitée par Mme Le G... Elle aurait le double avantage de constituer un dérivatif au sentiment de solitude, qui reste la préoccupation centrale, et une occasion de revalorisation personnelle.

Un poste d'orthophoniste dans un centre pour enfants arriérés permettra à la malade d'envisager sans trop d'angoisse l'aménagement de sa vie sans ses propres enfants.

Il semble donc bien que, chez Mme Le G..., on assiste à la décompensation progressive d'une personnalité hystérique, sur un mode dépressif, les accès successifs étant toujours liés à des événements frustrants : décès, échecs scolaires des enfants, peur de la solitude en rapport avec l'éloignement des enfants qui grandissent, deviennent autonomes, quittent la maison.

OBSERVATION N° 2

Mme P... Henriette, 66 ans, est hospitalisée pour la quatrième fois dans le Service Libre de la Clinique de la Faculté, du 16-7-1968 au 2-10-1968.

C'est l'aînée d'une famille de deux enfants. A l'âge de 12 ans, à la suite du décès de sa mère, puis de son père, elle est recueillie par ses grands-parents ; elle connaît une période de calme bonheur : enfant sociable et affectueuse, elle est aimée de ses maîtres et travaille bien en classe.

Mais quatre ans plus tard, elle est frappée par un nouveau deuil : ses grands-parents meurent, et, alors âgée de 16 ans, elle vient à Paris, y apprend sans enthousiasme la couture qu'elle abandonne bientôt pour travailler dans un bureau.

Cinq ans plus tard, elle fait la connaissance de son futur mari, chef comptable dans l'entreprise où elle est employée. Elle l'épouse un an plus tard, et après 35 ans de mariage n'avoue pas la moindre difficulté conjugale.

Elle met au monde deux enfants, un garçon, puis

une fille.

A l'âge de 55 ans (1957), apparaissent les premiers troubles, étroitement liés au mariage récent de sa fille ; Mme P... était en effet hostile à cette union, trouvant en particulier la situation de son futur gendre tout à fait insuffisante, et en outre supportant fort mal l'attitude possessive de la mère du jeune homme.

Au cours de la première année de mariage, une violente altercation a lieu entre Mme P... et son gendre ; Mme P... restera deux ans sans voir sa fille.

Progressivement, s'installent alors toute une série de troubles gênant considérablement son activité habituelle.

- L'asthénie est intense.

- L'apragmatisme est tel que la malade passe des journées entières au lit, submergée par une impression d'anéantissement d'où toute angoisse est exclue.

- Nausées, céphalées ne manquent pas au tableau qui se complète bientôt par l'apparition de troubles de la marche, impression passagère de débilement des jambes.

Un neurologue, consulté en 1958, un an après le début des troubles, élimine une atteinte organique.

Les troubles persistent et s'aggravent ; la malade multiplie les consultations médicales, est hospitalisée quatre fois en trois ans. Electrochocs, cures thermales et paroles rassurantes restent sans effet.

Elle est hospitalisée à la Clinique de la Faculté en 1961, devant l'atteinte progressive des membres supérieurs. De violentes cervicalgies viennent encore enrichir les lamentations quotidiennes de Mme P... qui reste cependant, au yeux de son mari,

un modèle de volonté et de force de caractère :
"Elle ne s'abandonne pas à la maladie", mais, ne peut-il s'empêcher d'ajouter, "elle se lamente toujours".

L'entourage, mobilisé en permanence, perpétuellement inquiet, repose sans cesse le problème d'une authentique maladie neurologique.

Ainsi, il semble bien que le départ du fils, puis surtout de la fille, a entraîné la franche décompensation d'une personnalité hystérique jusqu'à relativement équilibrée, en particulier grâce à la surprotection qu'elle pouvait exercer sur ses propres enfants.

De 1961 à 1968, Madame P... sera hospitalisée à quatre reprises dans le Service pour une symptomatologie qui se modifie peu à peu avec les années : on assiste, en effet, à une stabilisation des troubles de la marche qui prennent une allure chronique, tandis que le thème de la solitude, lié au départ des enfants, devenant central, les symptômes dépressifs s'aggravent et passent au premier plan du tableau clinique.

Mme P... est régulièrement suivie à la consultation du Service ; l'humeur dépressive est de moins en moins sensible à la thérapeutique ; le théâtralisme disparaît peu à peu de l'attitude de cette malade ; la relation avec autrui reste amorcée, mais l'aspect clinique se rapproche de plus en plus de celui d'une dépression mélancolique.

o
o o

Nous avons choisi ces deux observations pour l'allure évolutive des symptômes : on assiste, en effet, dans les deux cas, à une aggravation de l'état dépressif de moins en moins sensible aux différentes thérapeutiques, en l'absence de possibilité de compensation.

On constate, par contre, la disparition ou la stabilisation des symptômes somatiques qui, en tout cas, ne se manifestent plus de façon bruyante.

Les frustrations liées à l'âge, à la diminution progressive du pouvoir sur l'entourage semblent jouer un rôle déterminant dans l'aggravation de la symptomatologie dépressive.

- Le temps qui s'écoule, l'approche de la mort semblent démasquer peu à peu la tendance dépressive latente et plus ou moins bien compensée par le théâtralisme ; l'attitude séductrice permet à l'hystérique de manipuler l'Autre, qui, en acceptant d'être victime, procure à l'hystérique un sentiment de toute-puissance.

Les frustrations grandissantes liées au vieillissement, à cette séparation radicale qu'est la mort approchante, à la solitude, sont insupportables à ces personnalités hystériques qui ne parviennent plus à donner le change en faisant croire à la toute-puissance de leur séduction.

La relation avec autrui ayant ainsi perdu sa fonction de valorisation, le sujet se trouve plongé dans la situation dépressivante que constitue la perte d'objet d'amour.

Et CIOMPI remarque que "si le passage au syndrome dépressif notamment apparaît largement ouvert, il faut bien penser à une certaine affinité structurale entre les deux affections, caractérisées selon GREEN par la prévalence des mécanismes d'identification-introjection.

On a l'impression que l'âge prive l'hystérique de sa plasticité, de cette complaisance somatique par laquelle elle s'exprimait et qui était un mode de défense contre l'angoisse née des pulsions, mais aussi contre la dépression née de l'impossibilité de se conformer à un Moi-Ideal.

S'agit-il d'une alternative : somatisation ou dépression ? L'étude de CIOMPI peut faire évoquer l'hypothèse d'un balancement entre conversion somatique et apparition d'états dépressifs. En fait, les observations de jeunes hystériques déprimées montrent que les manifestations somatiques, loin d'être rares, font partie du tableau clinique habituel. Il s'agit souvent de conversions incomplètes, comme une tentative avortée d'exprimer son désarroi par l'exhibition de son corps malade.

Dans certains cas, la richesse des symptômes de conversion, leur variabilité arrivent à camoufler la dépression pourtant réelle ; celle-ci semble alors ne pas trouver d'autre voie d'expression que la souffrance physique, en vertu de cette aptitude, si particulière à l'hystérique, à communiquer avec le monde autrement que par la parole. Car, ce qui fait l'originalité de l'hystérie reste cette faculté de donner une expression somatique aux conflits et aux désirs inconscients ; de son corps malade, l'hystérique tire des bénéfices secondaires : les soins de spécialistes nombreux, l'intérêt anxieux de l'entourage. Elle souhaiterait même intriguer par ses seuls symptômes somatiques déroutants et éviter ainsi une approche psychologique qui risque de lui faire apercevoir ce qu'elle tient si fort à se dissimuler.

L'hystérie semble donc favoriser l'apparition d'états dépressifs ; ceux-ci sont d'autant plus profonds et durables qu'ils surviennent chez des malades répondant aux critères de personnalité hystérique.

Nous avons vu, d'autre part, que près de la moitié des dépressions névrotiques répondent à une structure hystérique sous-jacente.

On peut donc se demander s'il s'agit de la simple coexistence de deux affections distinctes, ou s'il existe entre elles des affinités structurales.

Nous nous proposons d'aborder maintenant ce problème des relations dynamiques pouvant exister entre la personnalité hystérique et la tendance dépressive.

C h a p i t r e I V

ETUDE DES RELATIONS ENTRE PERSONNALITE HYSTERIQUE ET DEPRESSION

§ 1 - LA DEPRESSION COMME FORME DE RELATION A AUTRUI.

La présentation de l'hystérique s'est quelque peu modifiée depuis le début du siècle ; certes, les paralysies, les crises spectaculaires sont encore observées avec une grande fréquence, mais elles ont largement cédé le pas à des troubles moins bruyants mais tenaces et invalidants, peut-être mieux acceptés comme manifestations pathologiques par la Société et par le Médecin, pour qui la dépression est un fait pathologique compréhensible : dans la société occidentale, la réduction de la cellule familiale au couple parental, l'isolement de l'individu privé d'un recours possible à un groupe social qui le "porte", sont tenus pour des facteurs favorisant l'apparition d'états dépressifs.

Et l'hystérique, avec cette plasticité qui lui est propre, soucieuse de se conformer au désir de l'Autre, se voit contrainte de ne pas dépasser les limites de la tolérance de son entourage.

D'autre part, les moyens modernes d'investigation paraclinique permettent d'éliminer rapidement une cause organique devant des manifestations somatiques aussi variées que déroutantes. L'hystérique

le sait fort bien, et, démasquant la dépression toujours présente à quelque degré, retient ainsi l'intérêt de son interlocuteur.

Notre société occidentale moderne tolère mal les manifestations aiguës et théâtrales ; elle semble mieux accepter l'installation insidieuse, pour des mois ou des années, d'états dépressifs traînants ; l'hystérique d'aujourd'hui, en guise de gratification, cherchera moins l'intervention magique de quelque hypnotiseur que les avantages éventuels dispensés par des organismes officiels, sous forme de congés de longue durée ou de mise en invalidité, par exemple.

L'hémiplégie et l'aphonie intriguent moins qu'autrefois, et la dépression devient pour l'hystérique un moyen ultime et désespéré de récupérer l'intérêt de son interlocuteur privilégié, le médecin.

OBSERVATION N° 3

Madame B... Denise, 37 ans, a été hospitalisée à deux reprises dans le Service Libre de la Clinique de la Faculté (23-12-1966 au 9-3-1967, puis 24-1-1969 au 2-4-1969) pour des états dépressifs traînants, spectaculaires, accompagnés de tentatives de suicide à répétition.

Fille unique, elle s'est, dit-elle, toujours ennuyée chez elle.

Elle exprime une hostilité non déguisée envers sa mère, qu'elle décrit comme une personne dure et froide.

Elle était très attachée à son père, l'a beaucoup idéalisé, mais s'est détournée de lui lorsqu'elle a appris qu'il avait eu une liaison en Allemagne, pendant la guerre.

A partir de ce moment (elle était âgée de 15 ans), son existence est décrite comme une longue série de déceptions, de frustrations, de situations imposées par les autres qui portent toute la responsabilité de ses échecs :

Elle voulait être chimiste ; ses parents décident qu'elle sera institutrice. Son séjour à l'Ecole Normale est marqué par l'ennui et la tristesse ; elle souhaite tomber malade, ce qui se produit effectivement : une primo-infection tuberculeuse la conduit pour six mois dans un sanatorium. Là, heureuse et courtisée, elle vole d'un soupirant à l'autre, mettant fin à la relation dès que celle-ci risque de devenir "dangereuse".

A 23 ans, elle épouse "un homme qu'elle n'aime pas", faible et éthylique ; elle a trois grossesses rapprochées, et à 32 ans, alors qu'elle est traitée pour des métrorragies d'apparition récente, elle se trouve enceinte pour la quatrième fois.

Après ce quatrième accouchement, d'ailleurs normal, en Septembre 1960, vont apparaître les premiers troubles, marqués par une asthénie intense, une anorexie marquée entraînant un amaigrissement considérable, de l'insomnie et une irritabilité véritablement explosive à l'égard de son mari et de ses enfants.

En Février 1961, elle reprend avec beaucoup de difficulté son travail à la Sécurité Sociale.

Quelques mois plus tard, devant la reprise des hémorragies, une hystérectomie est pratiquée en Décembre 1961.

Dans les suites de cette intervention, s'amorce une franche décompensation : insomnie et irritabilité s'aggravent, l'amaigrissement devient inquiétant, la situation familiale se détériore peu à peu.

Deux ans plus tard, en Décembre 1963, elle part

brusquement de chez elle et se fait hospitaliser à l'Hôpital Saint-Denis.

A partir de ce moment, se succèdent hospitalisations et arrêts de travail, toujours motivés par les symptômes dépressifs et anxieux. Madame B... rejette toujours la responsabilité de sa souffrance sur les autres et a en permanence une attitude de revendication, sociale en particulier, comme si elle exigeait "réparation".

En Octobre 1965, à la suite d'un nouvel arrêt de travail, une expertise est demandée : mécontente du rapport d'expertise, Mme B... fait une tentative de suicide en avalant 20 comprimés de Tofranil.

La reprise de son activité professionnelle sera encore marquée par de nouveaux arrêts de travail, et, quinze mois plus tard, en Décembre 1966, elle est hospitalisée dans le Service :

Cette femme intelligente s'exprime avec facilité et s'étend avec complaisance sur sa biographie, cherchant perpétuellement l'approbation de son interlocuteur.

Franchement déprimée, elle ne se sent plus bonne à rien et ne pense qu'à mourir. La responsabilité de cet état de choses incombe à son mari, éthylique, au Médecin-conseil de la Sécurité Sociale, à ses parents qui l'ont mal orientée professionnellement...

Elle quitte le Service en Mars 1967, provisoirement améliorée, ayant obtenu l'incapacité définitive que lui avait refusée le Médecin de la Sécurité Sociale !

Elle sera à nouveau hospitalisée en Janvier 1969, dans un état de dépression plus profonde encore : elle a fait trois tentatives de suicide en deux ans, par ingestion de comprimés en quantité modérée, tentatives toujours destinées à mobiliser et à culpabiliser l'entourage. Depuis plusieurs mois, elle

éprouve une asthénie intense, reste au lit des journées entières, pleure, n'a plus envie de rien, a l'impression d'avoir tout gâché, ne dort plus, ne mange plus, a des vomissements fréquents, se plaint de palpitations et d'angoisses.

L'état dépressif et anxieux s'améliore en quelques semaines, mais Mme B... conserve à l'égard de son mari une attitude à la fois agressive et dépendante, exigeant toujours de lui de nouvelles preuves d'amour et d'intérêt.

o

o o

Ainsi, comme le dépressif, l'hystérique, "par sa souffrance morale, cherche à rester étroitement attaché à son objet et à se l'attacher" (NACHT, RACAMIER). Cette incapacité d'être seul, cette dépendance par rapport à l'objet sont en effet caractéristiques du mode de relation des hystériques avec le monde extérieur.

Les relations qu'un sujet établit avec son entourage sont représentatives de sa personnalité, de sa façon d'être au monde.

Aussi l'étude de la relation d'objet dans l'hystérie nous paraît-elle fondamentale pour essayer de comprendre l'émergence de la dépression au cours de cette névrose.

o

o o

§ 2 - RELATION D'OBJET DANS L'HYSTERIE.

Cette notion de "relation d'objet" s'est dégagée peu à peu des travaux psychanalytiques et a été largement développée dans l'oeuvre de BOUVET. Elle nous paraît particulièrement féconde pour essayer de préciser et d'approfondir, non plus seulement le symptôme, mais la structure qui peut lui donner naissance.

L'ensemble des relations du sujet au monde extérieur est bien représentatif de sa personnalité, de sa façon d'être au monde, de son Moi.

L'étude de la relation objectale donne ainsi une certaine unité, une cohérence à la notion de "personnalité hystérique", notion contestée encore par quelques auteurs.

- La théorie psychanalytique classique tient de l'hystérie pour le type même de la névrose génitale, expression d'un conflit strictement oedipien ; dans cette optique, les particularités de la relation d'objet sont la conséquence d'une régression de la personnalité à la phase génitale infantile du développement. Les traits essentiels du caractère hystérique sont liés à la culpabilité oedipienne.

- Les études psychanalytiques plus récentes, tout en conservant au conflit oedipien une place centrale dans la problématique de l'hystérique, insistent davantage sur la structure du Moi et par conséquent sur les caractéristiques de la relation d'objet.

- BOUVET distingue en effet :

* les relations d'objet prégénitales, dans lesquelles la stabilité et la cohérence du Moi dépendent étroitement de la possession d'un objet significatif qui a toujours une fonction de valorisation

narcissique pour le sujet.

* Les relations d'objet dites génitales, dans lesquelles la force du Moi ne dépend pas de la persistance de relations objectales avec un objet significatif.

- Mais parler de relation d'objet pré-génitale, c'est introduire la notion de fixation et de régression : les pré-génitaux, fortement fixés à un stade pré-oedipien, surtout au stade oral, présentent une aptitude particulière à régresser au mode de relation caractéristique de ce stade.

On peut ainsi concevoir que de mauvaises relations objectales dans les premières années de la vie puissent jouer un rôle dans le développement de la personnalité : Th. LEMPERIERE (Congrès de Lausanne, 1965) signale que les carences affectives de l'enfance ou les conditions préjudiciables à un développement affectif normal sont retrouvées avec une extrême fréquence (73 %) chez les personnalités hystériques dites "asymptomatiques".

D'autre part, FITZGERALD a montré la fréquence et l'importance des frustrations affectives précoces dans la formation de la personnalité hystérique.

- REICH, frappé par la fréquence des états dépressifs chez les hystériques, avait déjà évoqué la possibilité d'une régression orale partielle chez ces malades.

- Des auteurs comme WINTER, GRUNBERGER, BOUVET ont souligné l'importance des facteurs pré-oedipiens dans la formation de la personnalité hystérique et la genèse du conflit névrotique.

- GRUNBERGER (1953) fait de la fixation orale un élément central de cette structure névrotique et il étudie ("Conflit oral et hystérie") le rôle spécifique du conflit oral dans la genèse de l'hystérie :

"Le premier objet frustrateur est toujours la mère et le point nodal de l'hystérie est le conflit oral dans les deux sexes".

- La relation d'objet de l'hystérique a, en effet, tous les caractères d'une relation prégénitale, telle que la décrit BOUVET ; rivée à son objet, au mépris d'ailleurs de l'individualité et des désirs de celui-ci, l'hystérique ne peut supporter la séparation ou l'éloignement et recherche désespérément la fusion.

Cet aspect est en particulier souligné par WINTER (1964) pour qui, malgré le caractère génital ou phallique des désirs, des efforts et des plaintes, le mode de comportement est profondément oral.

Tout se passe comme si l'hystérique abordait le stade oedipien avec un matériel pré-oedipien "vicié", ce qui entraîne une distorsion des relations objectales qui restent écrasantes et indispensables.

Le drame de l'hystérique est peut-être moins l'échec devant le conflit oedipien que l'impossibilité d'atteindre le niveau de cette problématique génitale, de par l'organisation de sa personnalité dans laquelle la fixation orale joue un rôle déterminant, faisant dépendre l'estime de soi de la possession d'un objet significatif.

- Oralité, fonction narcissique de la relation objectale, caractérisent également la structure du dépressif : "Le dépressif n'aime pas l'objet pour lui-même et pour ce qu'il est ; il en a besoin pour maintenir tant bien que mal son équilibre instinctuel, et dans ce but il a besoin que l'objet soit bon, infaillible et inattaquable".

Il existe ainsi des analogies de structure entre le dépressif et l'hystérique : tous deux rivés à l'objet aimant, dont l'image et la présence n'ont pas été intériorisées, restent profondément et obstinément aveugles à la personnalité propre de cet objet

qui ne peut être appréhendé dans sa réalité vivante et séparée, dans son altérité.

L'hystérique déprimée nous entraîne dans une problématique beaucoup plus archaïque que celle du seul conflit oedipien, et nous retrouvons la conception de Mélanie KLEIN, pour qui l'hystérie comporte toujours une régression orale au moins partielle et apparaît comme très proche de la schizophrénie.

Pour LACAN, d'autre part, les phantasmes propres à l'hystérique se centrent principalement sur le corps morcelé, dans un danger oral de dévotion où la schize hystérique se manifeste. L'hystérique emprunte ses phantasmes à l'étape archaïque qui précède l'assomption de la découverte spectaculaire de l'image. "Le corps pour l'hystérique est menacé de morcellement ; ... tourmenté, selon M. KLEIN, par les phantasmes de rétorsion agressive sur son propre corps, l'hystérique aspire à l'unité totalisante, unité chargée de terreurs, d'immobilisation léthale, comme d'éclatement, d'abandon" (ROSOLATO). Elle aspire à la fusion, mais dès que celle-ci s'ébauche, la réalisation reste toujours en-deçà du désir, et il en résulte invariablement une insatisfaction profonde.

Nous avons choisi trois observations pour illustrer ce mode de relation objectale chez l'hystérique :

OBSERVATION N° 4 X V ***** X

Madame G..., 47 ans, a été hospitalisée dans le Service pour un état dépressif venant émail-
ler l'histoire d'une névrose hystérique dont les premières manifestations sont apparues à l'âge de 20 ans : somatisations multiples, crises d'étouffement, crises d'angoisse avec impression de mort imminente.

La vie de cette malade a été marquée par des frustrations affectives précoces :

- Dès les premiers mois de la vie, elle est placée en nourrice, et, lorsque, à 5 ans, elle quitte ses parents nourriciers, cette séparation est pour elle dramatique.

- Son père meurt alors qu'elle est âgée de 6 ans.

- Sa mère lui inspire surtout des sentiments agressifs ; elle la décrit comme une personne sèche, qui lui a toujours refusé toute tendresse.

A l'âge de 20 ans, les premiers troubles apparaissent, peu après son mariage qui a été pour elle un "choc physique et moral". Sa vie sexuelle est un échec ; dès les premiers mois du mariage, son mari la trompe, l'abandonne plusieurs jours de suite sans explication ; des "crises de nerfs" apparaissent, deviennent de plus en plus fréquentes, puis s'accompagnent de mouvements convulsifs et de paralysie d'un membre.

Elle est âgée de 28 ans lorsque son mari la quitte définitivement ; un état dépressif profond s'installe alors, remarquable par l'insomnie totale, l'anorexie marquée, et l'importance des vomissements et des troubles digestifs qui entraînent rapidement un amaigrissement considérable.

Une cure à Divonne amènera une amélioration spectaculaire ("On m'a miraculeusement sortie de là"). Madame G... y fait la connaissance d'un célibataire qui restera son compagnon pendant six ans ; la rupture semble avoir été précipitée par la difficulté des rapports sexuels devenus impossibles.

Depuis l'âge de 28 ans, la biographie de cette malade est remarquable par le rétrécissement du champ relationnel et l'attitude de dépendance extrême :

Depuis le départ de son mari, elle a toujours

vécu avec sa mère, restant par moments complètement apragmatique et incurique ; elle n'a eu aucune activité professionnelle, vivant de la pension que continue à lui verser son mari.

Elle a connu de nombreuses hospitalisations en Médecine générale et en Psychiatrie, pour des états dépressifs accompagnés d'un amaigrissement considérable et de manifestations somatiques diverses.

Lorsqu'elle est hospitalisée dans le Service Libre de la Clinique de la Faculté, les troubles évoluent depuis 27 ans. La malade, déprimée, exprime avec beaucoup de théâtralisme des idées suicidaires larvées.

On note surtout une quête affective intense, une très grande suggestibilité.

Le contact reste superficiel et la biographie est difficile à reconstituer en raison des troubles mnésiques invoqués.

Outre la restriction importante du champ relationnel avec faible participation affective, ce qui frappe chez Mme G., c'est la grande immaturité affective, les difficultés majeures d'adaptation psycho-sexuelle, l'ébauche de dépersonnalisation : impression d'une distance entre elle et les autres, habitée par des cercles lumineux ; "Ce qui me fait peur ... je ne sais pas si je suis moi ... je me dis alors que je suis une fille, mais ça ne prouve pas que je suis moi".

Le problème central est celui de son agressivité massive à l'égard de sa mère, diffusant à l'égard des autres. Cette agressivité est mal contrôlée et surtout mal assumée, Mme G. ayant peur de sa conséquence ultime : la mort de "l'autre".

Après une hospitalisation de six mois et demi, l'état de Mme G... est nettement amélioré ; le contact est plus facile ; la distance qui la séparait

des autres a diminué. Elle est beaucoup plus active et les plaintes somatiques elles-mêmes ont disparu.

Enfin, la malade remarque spontanément l'amélioration de ses relations avec sa mère.

OBSERVATION n° 5

Madame L... Clarisse, 39 ans, a été hospitalisée dans le Service Libre de la Clinique de la Faculté, du 14 Mars 1969 au 17 Mai 1969, pour un état dépressif évoluant depuis plusieurs années et l'apparition récente de symptômes de conversion.

Née au Portugal, elle est l'aînée d'une fratrie de trois.

Elle n'a pas été élevée par ses parents qui la confient dès l'âge de 18 mois à sa marraine, riche et sans enfants, qui habite dans une propriété voisine.

Elle connaît chez sa marraine une période heureuse, harmonieuse, qui sera brutalement interrompue par un conflit familial ; la fillette, de retour chez ses parents, aura le sentiment d'être de trop et réussira finalement à reprendre sa place dans la maison qu'elle considère comme son véritable foyer.

Intelligente, elle fait ses études secondaires avec beaucoup de facilité jusqu'au niveau du baccalauréat.

A 18 ans, dès le début de son mariage, les premiers troubles apparaissent.

Les difficultés conjugales sont précoces, avec un mari buveur, coureur de femmes, jaloux et violent, qui l'oblige à deux reprises à interrompre une grossesse qu'apparemment elle désirait.

Après le décès de sa marraine, la malade, alors âgée de 23 ans, perd peu à peu le sommeil, le goût de vivre, exprime des idées de suicide. Une cure de sommeil amène une amélioration qui n'est que passagère. Car Mme L... reste triste et apatride, se sentant toujours inutile.

A 30 ans, elle décide d'adopter l'enfant que son mari lui refuse ; elle n'en reste pas moins malheureuse et insatisfaite.

Les difficultés conjugales vont en s'aggravant ; les scènes de plus en plus fréquentes atteignent une telle violence qu'au décours de l'une d'elles, Mme L... reste inanimée, "comme morte".

Un an plus tard, elle s'enfuit de chez elle, est recueillie et cachée par ses parents. Trois ans s'écoulent ainsi, pendant lesquels Mme L... vit dans la terreur d'être découverte et tuée par son mari.

Elle décide enfin de s'enfuir de son pays et de gagner la France. Là, elle vit seule pendant un an, travaille comme femme de ménage, puis comme ouvrière d'usine. A ce moment, apparaissent les premiers symptômes hystériques : états d'agitation avec cris, larmes, mouvements convulsifs, impression de coups dans la tête, de sifflements, de tintements.

Un ami d'enfance quitte le Portugal et vient la rejoindre en France ; toute la famille, en effet, pense qu'elle ne peut vivre seule.

Elle a depuis avec cet homme une liaison qui est véritablement subie : "Je l'aime comme un ami ou comme un frère, mais pas comme un homme". Elle lui oppose d'ailleurs une frigidité totale.

En Novembre 1967, Mme L... est hospitalisée à La Salpêtrière pour une hémiplegie gauche, sans signes d'organicité, qui disparaît en un mois.

Mais l'état dépressif persiste et s'aggrave ;

les crises nerveuses alternent avec les pertes de connaissance ; Mme L. accepte l'hospitalisation dans le Service en Mars 1969, à la suite d'une perte de connaissance ayant duré une demi-heure.

La dépression est profonde, avec perte du goût de vivre, sentiment d'être de trop, souffrance morale qu'elle n'arrive pas à s'expliquer par le contexte actuel, puisqu'elle est "entourée et aimée".

Les traits dominants de cette personnalité hystérique sont la plasticité, l'égocentrisme, la pauvreté des investissements et l'existence d'éléments masochiques importants.

Il semble bien que ce soit la rupture du relatif équilibre conjugal (situation sado-masochique typique) qui ait gravement décompensé l'état névrotique de Mme L...

Le compagnon actuel n'est vraiment qu'un objet, à la fois rejeté, car incapable de satisfaire les tendances masochistes profondes de Mme L., et en même temps indispensable.

OBSERVATION N° 6

Mademoiselle R... Marguerite, 58 ans, a été hospitalisée à deux reprises à la Clinique de la Faculté, du 2 Novembre 1966 au 26 Janvier 1967 et du 4 Septembre 1969 au 11 Octobre 1969.

Cette célibataire de 58 ans n'a jamais quitté la maison familiale.

La restriction de son champ relationnel est remarquable depuis sa plus tendre enfance : sa fréquentation scolaire a été pratiquement nulle ; elle ne quittait guère la maison, étudiant sous la direction de sa mère, ancienne institutrice. Elle n'a jamais eu la moindre insertion professionnelle.

Elle exprimait le désir d'avoir un enfant, mais sa vie est restée remarquablement exempte de toute aventure sentimentale et de toute activité sexuelle.

La mort de sa mère, en 1963, est à l'origine des premiers troubles.

Mademoiselle R..., alors âgée de 42 ans, laisse intacte la chambre de sa mère morte, et vient y pleurer tous les jours ; souvent, il lui arrive de s'allonger par terre, disant : "Ma mère est là, je la sens".

Des céphalées, des douleurs oculaires apparaissent et servent de prétexte à une consommation médicale et médicamenteuse impressionnante.

L'état dépressif, les plaintes somatiques ne s'améliorent pas au cours des années ; les consultations médicales et psychiatriques se succèdent sans apporter le moindre changement dans l'état d'une malade qui conserve une vie parasitaire et dépendante (Elle partage avec son frère et sa belle-soeur la maison familiale), sans le moindre soupçon de culpabilité, estimant que son entourage lui doit des compensations, tant sur le plan financier que sur le plan affectif, pour la consoler de la vie de sacrifice et de solitude qu'elle a menée jusque-là.

A 50 ans, elle commence un traitement psychanalytique qui n'amènera guère plus de résultats que les traitements précédents.

Les relations avec son frère et sa belle-soeur se détériorent peu à peu, en raison surtout du mélange de dépendance et d'agressivité de Melle R... qui s'estime constamment frustrée et culpabilise son entourage.

En 1966, la mise en vente de la maison familiale et la décision de son frère de ne plus vivre avec elle entraînent une franche décompensation : des crises d'agitation nocturne apparaissent. L'apragmatis-

me et l'incurie s'aggravent. La tentative de suicide est suspendue comme une menace permanente au-dessus des consciences du frère et de la belle-soeur. La consommation médicamenteuse augmente considérablement, semblant répondre surtout au besoin d'oublier et de dormir.

Les plaintes somatiques redoublent, l'hospitalisation d'urgence apparaît comme la seule solution dans cet état de détresse.

L'amélioration de l'état dépressif, obtenue au cours de l'hospitalisation, s'est maintenue trois ans environ ; Melle R... s'était résignée à vivre seule et avait repris sa psychothérapie.

Une seconde hospitalisation eut lieu en Septembre 1969 pour un état dépressif sévère, avec apatisme profond et incurie totale.

Le problème central restait celui de la solitude, insupportable, et le souvenir toujours "vivant" de sa mère, seule personne, disait-elle, à lui avoir manifesté de l'affection. Enfin, la malade manifestait toujours une violente agressivité à l'égard des siens, estimant qu'ils n'avaient pas fait pour elle tout ce qu'ils auraient dû faire.

3

2 0

Dans ces trois observations, la notion de personnalité hystérique, évidente cliniquement, a été confirmée par les tests psychologiques.

La relation d'objet de ces malades est typiquement orale et la dépendance affective est extrême.

L'objet, même s'il est agressé, reste indispensable.

L'observation N° 6 nous montre que le champ

relationnel peut être réduit à une vie parasitaire dans laquelle les revendications affectives sont démesurées et permanentes.

Dans l'observation N° 4, la régression, la pauvreté relationnelle sont assez importantes pour poser le problème des limites avec une organisation psychotique, problème qui nous renvoie, comme nous l'avons dit plus haut, à la théorie de M. KLEIN.

o
o o

§ 3 - LE CONFLIT OEDIPIEN. LE PROBLEME DE L'IDENTIFICATION EN TANT QU'ÊTRE SEXUE.

L'importance des fixations orales dans l'organisation de la personnalité hystérique joue un rôle déterminant dans la façon dont le sujet abordera les stades ultérieurs du développement et essentiellement le conflit oedipien. Dans celui-ci, en effet, le drame n'est pas l'Identité de l'Être, mais son identité en tant qu'Être sexué. Le problème de l'identification ne peut être résolu chez l'hystérique, du fait de l'ambiguïté dans l'identification au père ou à la mère.

"Dans son narcissisme phallique, l'hystérique reste tributaire des mécanismes d'identification imaginaire, faits pour aborder, sans la résoudre, la question de la différence des sexes" (PERRIER).

Incapable d'assumer une féminité dont elle essaie pourtant de tirer un maximum d'avantages, qu'elle "monnaie" en quelque sorte en une provocante caricature, l'hystérique échoue également dans son désir d'identification au père : cette identification masculine étant impossible du fait, soit de la culpabilité liée au sentiment incestueux refoulé, soit de l'image inconsistante d'un père effacé, fallot, domi-

né par une femme autoritaire.

Aussi le conflit oedipien ne peut-il être réellement abordé, en raison d'une part de l'importance des fixations prégénitales (essentiellement orales), d'autre part de l'impuissance à assumer son identité en tant qu'être sexué.

Le phénomène de répétition, si remarquable chez l'hystérique, n'est pas absent des conduites sexuelles ; l'hystérique ne change de partenaire que pour renouveler l'échec de sa vie amoureuse, témoignant ainsi de son incapacité à vivre une relation génitale vraie, c'est-à-dire, d'un type adulte. Ce comportement sexuel peut devenir pour elle une constance dépressivante, dans la mesure où il la ramène au problème douloureux et insoluble de son identification sexuelle et à l'image d'un Moi faible et vulnérable, incapable de se constituer en personnalité "assumée" (EY).

6
C 3

§ 4 -- ANGOISSE DE CASTRATION ET TENDANCE DÉPRESSIVE.

Le désir irréalisable de posséder un phallus a été mis clairement en évidence par FREUD dans "Analyse terminée et analyse interminable", où il fait état de "crises de dépression grave, conséquence de l'aspiration positive à posséder un organe génital mâle". Au cours de ces crises, "la malade est persuadée que le traitement analytique ne lui servira de rien et qu'elle est incurable. On n'est pas en droit de lui donner tort lorsqu'on apprend que c'est l'espoir d'acquérir malgré tout l'organe viril si douloureusement convoité qui fut pour elle le motif principal de la cure entreprise".

L'hystérique cherche à combler ce "manque" ; elle ne peut se résoudre à ne pas posséder une puissance virile qu'elle exige parfois de son partenaire avec une telle véhémence qu'elle ne réussit alors

qu'à le rendre impuissant. Voilà qui est caractéristique du mode de relation que l'hystérique établit avec son compagnon : peu soucieuse de ses désirs, elle en fait vraiment son objet, ne s'en trouve pas satisfaite pour autant, et se garde toujours la possibilité de rejeter celui qui n'est jamais conforme à un idéal inaccessible !

Et le mari de l'hystérique, tantôt brutal et tyrannique, tantôt veule et timoré, n'a souvent que le mérite d'être là !

DIATKINE a noté qu'au cours de l'analyse de ces patientes, "il apparaît vite que les affects désagréables jouent le rôle d'un substitut phallique, que le malade est prêt à abandonner quand l'amour que lui porte autrui consolide son narcissisme, mais qu'il peut retrouver avec une déconcertante facilité dès que son fragile équilibre économique est remis en cause".

L'hystérique tente de récupérer le sentiment de sa propre puissance en pliant à ses caprices, à ses exigences parfois exorbitantes un entourage irrité mais inquiet, ou plus souvent aveugle et complaisant.

Parce qu'en définitive elle ne s'aime pas, elle cherche avec frénésie à se faire aimer inconditionnellement ; par le choix d'objets valorisants, car nantis à ses yeux d'une puissance qui lui fait défaut, elle essaie de compenser son douloureux sentiment d'infériorité. Cet aspect a été remarquablement observé et décrit par JANET : "Très préoccupées de leur faible personne, elles réclament tous les soins et tous les égards, elles demandent à autrui la force morale qu'elles n'ont pas en elles-mêmes, et se trouvant toujours impuissantes, elles se croient toujours négligées".

Que la puissance du partenaire vienne à faillir, que la crainte phantasmatique de la castration trouve un impact dans une intervention mutilante, et la dé-

pression se démasque, souvent profonde et durable, accompagnée d'une riche symptomatologie somatique.

OBSERVATION N° 7

Madame R... Suzanne, 33 ans, a été hospitalisée dans le Service de la Clinique de la Faculté pour un syndrome dépressif sévère évoluant depuis plusieurs mois.

Mme R... a connu une enfance heureuse, entre ses parents, tous deux ingénieurs des Mines de fer à Caen, et son frère aîné ; au sein de cette famille aisée et unie, Mme R.. a été l'enfant protégée et choyée.

Après son C.E.P., à 15 ans, elle quitte l'école pour rester, dit-elle, "dans les jupes de son père" ! Elle a toujours été, en effet, tendrement attachée à ce père qu'elle ne quitte pratiquement pas.

A 19 ans, elle se marie avec un homme qui, dit-on autour d'elle, "n'en veut qu'à son argent".

La découverte d'une stérilité chez Mme R.. n'est pas faite pour améliorer les relations du couple et semble servir de prétexte au mari pour se livrer à de nombreuses infidélités.

Après 7 ans de mariage, la séparation est précipitée par le verdict d'un médecin affirmant que la stérilité est définitive. Pendant toute cette période de la séparation et du divorce, le père entoure sa fille de soins plus attentifs que jamais, lui évitant toute démarche, toute formalité.

Mme R.. parle de ce divorce avec bien peu d'émotion, beaucoup plus affectée, semble-t-il, par l'impossibilité d'avoir un enfant que par l'échec de sa vie amoureuse. Toute relation authenti-

quement génitale paraît d'ailleurs impossible à envisager du fait de la fixation manifestement incestueuse au père.

Au cours des années suivantes, une série d'événements tragiques viendront bouleverser la vie de Mme R...

Il y a cinq ans, alors qu'elle est en vacances, elle apprend la mort de ses parents, tués dans un accident de voiture. Cinq jours après ce tragique événement, apparaissent des crises convulsives de type grand mal, d'une extrême fréquence (jusqu'à neuf crises par jour). Le tracé électrique montre des signes de comitialité ; les crises disparaissent complètement au bout de trois mois de traitement, et aucune récidive n'a été notée malgré l'arrêt de la thérapeutique anti-comitiale, depuis trois ans.

Mme R... parviendra à surmonter sa douleur en s'aménageant une vie, active sur le plan professionnel, et qui reste très protégée sur le plan affectif, son frère jouant désormais le rôle de substitut paternel.

Mais trois ans après le décès de ses parents, ce frère bien-aimé a lui aussi une mort brutale.

Mme R..., malgré son immense chagrin et l'isolement dans lequel elle se trouve désormais, trouve à nouveau dans son travail une compensation ; elle y consacre le plus clair de son temps et toute son énergie.

Dix-huit mois plus tard, des métrorragies abondantes rendent inévitable une intervention chirurgicale d'urgence : hystérectomie et ovariectomie bilatérale en Février 1969.

Dans les suites de cette intervention, s'installe un état dépressif profond, dont le symptôme le plus inquiétant est une anorexie globale qui entraîne en quelques mois un amaigrissement de 20 kg.

La castration représente une blessure irréparable : "Quand l'infirmière m'a annoncé qu'on m'avait fait une totale, j'ai eu l'impression que tout était fini".

Alors, un comportement très régressif s'installe, cautionné par l'entourage (personnel infirmier et médical), qui répond à la quête affective intense et se laisse véritablement "dévorer" par cette malade, sans que cela amène une amélioration de l'état dépressif, comme si la demande illimitée était vouée à l'insatisfaction.

L'hospitalisation dans le Service est décidée:

Le mode de relation de Mme R., d'un niveau intellectuel un peu inférieur à la moyenne, est dominé par une quête affective massive, envahissante ; la malade demande constamment à être rassurée, choyée, embrassée ; l'anorexie reste inquiétante ; des crises épileptiformes apparaissent, sans aucun caractère d'organicité, précédant toujours de peu la visite de l'interne ou la distribution des médicaments, très spectaculaires, et l'isolement devient nécessaire pendant quelques jours.

Après six mois d'hospitalisation, on note une amélioration de l'humeur et un début d'autonomie peut être proposé à la malade, sous forme de sorties chez son oncle et sa tante : mais celles-ci sont toujours émaillées de crises théâtrales, plongeant la famille dans l'affollement et assurant régulièrement à Mme R.. le retour en ambulance !

Mme R.. a quitté le Service très améliorée, souriante, détendue, établissant spontanément un rapport entre la fréquence de ses crises et la profondeur de l'ennui qu'elle éprouvait.

Cette évolution favorable semble devoir être rattachée moins à la chimiothérapie et à la sismothérapie, qui se montrèrent bien décevantes, qu'à l'attitude de l'équipe soignante qui sut ne pas être

rejetante sans pour autant se laisser dévorer par cette malade insatiable.

Nous retiendrons plusieurs points dans cette observation :

- L'importance de l'anorexie qui vient authentifier le désir de mort.

- L'arriération affective qui rend Mme R., totalement dépendante d'un milieu qui doit la porter.

- Le rôle déterminant de la castration dans l'apparition d'une dépression sévère, car toutes les épreuves précédentes, pourtant dramatiques, avaient pu être surmontées courageusement.

o
o o

Un aspect fondamental de la personnalité hystérique, c'est donc ce sentiment d'impuissance et d'infériorité auquel le sujet tente de se soustraire par divers moyens, dont le plus efficace est peut-être celui qui consiste à se donner en spectacle ; il existe toujours chez l'hystérique un hiatus entre le Moi et le Moi-Idéal, hiatus qu'elle cherche à nier en jouant un rôle qui la rassure et qui lui attire un public dont elle ne saurait se passer.

Son existence est vouée à l'inauthenticité.

o
o o

§ 5 - L'HISTRIONISME COMME MODE DE DEFENSE CONTRE LA DEPRESSION.

JASPERS a souligné cet aspect défensif du théâtralisme : "Pour être certains de leur importance, les sujets hystériques doivent sans cesse jouer un rôle... Ils sont malheureux lorsque durant un instant ils ont cessé d'attirer l'attention, si leur intérêt a diminué, parce qu'immédiatement ils ont pris conscience de leur vide".

Le besoin de dramatisation, de représentation de l'hystérique peut être compris comme un moyen d'échapper au sentiment d'appauvrissement de sa vie. L'hystérie est, selon la formule de KLAGES, "la réaction du besoin de représentation sur le sentiment de l'impuissance à vivre".

Incapable de s'engager en tant que sujet dans une relation de type adulte, dans laquelle l'Autre ne serait pas réduit au statut d'objet, l'hystérique échappe au sentiment insupportable de son impuissance par le biais du rôle, du personnage, et cherche perpétuellement à paraître plus qu'elle n'est, mimant ce qu'elle ne peut éprouver.

Elle est sur scène, elle se donne la comédie, et la fiction lui permet de fuir une réalité qui ne peut que la décevoir puisqu'elle reste toujours en-deçà de ses désirs.

Elle cherche à être une autre, car elle n'aime pas ce qu'elle est : comme dans la dépression d'infériorité (PASCHE), ce sentiment d'insuffisance, d'impuissance ne se situe pas au niveau de l'avoir, mais de l'être même : "il ne s'agit pas d'avoir plus ou moins, mais d'être à plein".

Incapable d'exister en tant que personne, l'hystérique multiplie les personnages dans lesquels ses émois défigurés sont rendus méconnaissables.

Fascinée par ses images, elle refuse le Réel,

en elle et autour d'elle, fuyant dans le Rêve, et à la maîtrise qui lui fait totalement défaut, elle substitue le miracle (RACAMIER), dans la mesure où la réalisation de ses désirs relève d'une intervention magique, comme ceux de l'enfant.

Dans ce monde où l'Imaginaire tient une si grande place, toute épreuve touchant le sujet ou ses objets privilégiés renvoie brusquement à une réalité non assumée et risque de mettre à jour le désespoir. Car, si chez l'hystérique "la fiction est pleinement liée à une évasion, à une sorte de désolidarisation de soi-même", lorsque cette fiction est brutalement interrompue, le sujet passe du rêve à la dépression, soudain renvoyé à une image de lui-même qu'il n'a pas assumée.

L'expérience vécue de l'hystérique, tombée de la Réalité dans l'Imaginaire, ne peut aboutir à la prise de conscience de soi, à l'Identification, en particulier comme être sexué, d'où l'inadéquation permanente de la personne avec la réalité.

La problématique de l'hystérique et celle du dépressif présentent ainsi des analogies : elles sont l'une et l'autre centrées par la perte de l'estime de soi, liée à l'échec devant l'Idéal du Moi chez le dépressif, à l'échec devant le Moi-Idéal chez l'hystérique. Il en résulte une avidité affective, une quête perpétuelle - et perpétuellement insatisfaite - d'apports extérieurs valorisants, plongeant le sujet dans une situation de dépendance comparable à la situation infantile. "Les déprimés hystériques sont toujours à la recherche d'un objet, et leur souffrance même est utilisée par leur "moi" dans cette quête".

OBSERVATION N° 8

Mlle D... Colette, 36 ans, a été hospitalisée dans le Service de la Clinique de la

Faculté du 4 Novembre 1968 au 16 Mai 1969, pour une aphonie persistante depuis plusieurs mois, et un état dépressif masqué en grande partie par les multiples manifestations somatiques.

Elevée dans une famille protestante, triste et sévère, elle est très impressionnée, à l'âge de 4 ans, par la mort de son grand-père paternel, décédé d'un cancer du larynx : à la fin de sa vie, il ne pouvait plus parler, écrivait ce qu'il voulait dire.

Seconde d'une famille de trois enfants, elle accueille sans plaisir la naissance de son jeune frère (elle était alors âgée de 12 ans) ; celui-ci devient comitial et Melle D... assiste à de nombreuses crises convulsives qui l'impressionnent vivement. Ce jeune frère, psychopathe caractériel, sera grièvement blessé dans un accident de voiture où trois personnes trouvent la mort.

Melle D... garde le silence sur ses relations avec sa mère, se montre ambivalente envers un père qui semble répondre par une attitude comparable, mélange de dépendance et d'agressivité.

Les premières manifestations somatiques sont très anciennes : elles ont débuté dans l'enfance : spasmes coliques et syncopes, premier épisode aphorique au moment de la puberté survenue à l'âge de 15 ans.

A vrai dire, avant même l'apparition des premières règles, l'état gynécologique de Melle D... était le principal souci de son père ; persuadé que sa fille était atteinte d'une malformation de l'appareil génital, il multipliait les consultations gynécologiques (il était lui-même médecin).

A 18 ans, Melle D... est très troublée par une situation sentimentale complexe : le père du garçon auquel elle est très attachée est l'amant de sa propre mère.

De 16 à 30 ans, se succèdent dans les périodes prémenstruelles des épisodes d'aphonie transitoire, quatre à cinq fois par an.

A 30 ans, surviennent des troubles de l'équilibre accompagnés d'épisodes de surdité totale, justifiant des examens complémentaires en neurologie : ils sont tous normaux, en particulier la ponction lombaire et l'encéphalographie gazeuse.

Deux tympanoplasties sont pratiquées, entraînant la disparition des troubles de l'équilibre...

Deux ans plus tard, apparaissent des accidents allergiques : urticaire généralisée, oedèmes de Quincke se succèdent pendant dix mois.

En Août 1967, à l'âge de 34 ans, Melle D... est hospitalisée en urgence à Saint-Antoine pour "crise de tétanie avec paralysie totale". Au terme de cette hospitalisation, elle fait un séjour de six mois dans une maison de repos, en raison de la réapparition d'une aphonie persistante, fixe, sans rapport avec le cycle menstruel. Narco-analyses, anti-dépresseurs, essai renouvelé de "torpillage" n'amènent aucune amélioration durable.

L'arrêt de travail se prolonge finalement dix-huit mois, car l'aphonie, qui avait brusquement disparu sans traitement, est à nouveau présente, entraînant de nouvelles consultations médicales.

Un essai de psychanalyse ne dépasse pas la quatrième séance, cette méthode étant considérée par la malade comme une "violation de la liberté" et une chose parfaitement inutile.

La consultation dans le Service se situe après l'intervention du Médecin Contrôleur de la Sécurité Sociale, qui ne se montre pas très favorable à la prolongation d'un arrêt de travail qui dure déjà depuis dix-huit mois. Pourtant, jusque-là, l'activité professionnelle de Melle D... était tout à fait

satisfaisante : après avoir assuré la direction d'une école d'enseignement technique, elle travaillait comme chef du personnel dans une entreprise métallurgique.

Chez cette malade, tous les phénomènes de conversion apparaissent comme autant de réponses à des situations conflictuelles soit avec le père, soit avec l'amant.

Outre de nombreuses aventures passagères, Melle D.. a en effet une liaison stable, depuis 13 ans, avec un homme marié, "l'ami de la famille", de 11 ans son aîné.

Le reproche de son père de vivre en parasite déclenche le pseudo-syndrome neurologique.

Une rupture avec l'amant est à l'origine de l'accès dépressif et de la crise de tétanie qui ont motivé l'hospitalisation à Saint-Antoine.

L'hospitalisation dans le Service a été précédée du départ de son ami, qui venait d'apprendre que Melle D... avait une nouvelle liaison.

La dépression chez cette malade n'est pas apparente au premier abord, car le récit est consacré à l'exposé des troubles somatiques ayant émaillé toute sa vie, sans perturbation émotionnelle perceptible.

Apparemment bien protégée contre l'angoisse, elle accepte passivement une hospitalisation dont elle n'attend, semble-t-il, absolument rien, sinon le dénouement de ses ennuis avec la Sécurité Sociale.

Peu à peu cependant, s'extériorisent, d'une part le sentiment d'infériorité (se trouvant petite et mal faite, elle ne s'aimait pas), l'apragmatisme et l'asthénie, d'autre part l'agressivité tout entière tournée vers autrui, s'exprimant à travers des propos violents, parfois orduriers, un mépris

social prononcé, des exigences matérielles très précises : "on" devait la dédommager de quelque chose, "on" étant l'amant, les parents, la Société.

Le sentiment d'infériorité devait être constamment compensé par les égards et les soins de l'entourage mobilisé depuis l'enfance par les manifestations somatiques bruyantes.

Melle D... a quitté le Service après une hospitalisation de six mois. On notait une amélioration, à la fois du symptôme hystérique (aphonie) et du syndrome dépressif. Par contre, peu disposée à reprendre son travail, Melle D... avait décidé d'attendre que soit épuisé son congé de trois ans !

Ainsi, l'évolution des trois dernières années met en évidence la composante dépressive qui accompagne désormais les troubles somatiques, et le désinvestissement professionnel au profit d'une revendication affective et sociale devenue démesurée, et source d'inévitables frustrations.

Les manifestations somatiques, nombreuses et variées, ne protègent pas contre un état dépressif qu'elles masquent en partie : peut-être sont-elles une protection contre une dépression plus grave ?

o
o o

Ainsi, les caractéristiques essentielles de l'hystérie, le conflit oedipien, le problème de l'Identification, la toute-puissance de l'Imaginaire, peuvent à tout moment devenir une condition dépressivante.

La relation d'objet de type prégénital, le Moi faible dont la cohérence dépend étroitement de la possession d'un objet qui joue le rôle du "Moi auxiliaire", portent en eux-mêmes le germe d'une dépression qui peut s'extérioriser à la moindre frustration.

Le dialogue avec l'Autre reste amorcé, ce qui distingue radicalement la dépression hystérique de la dépression mélancolique.

L'investissement libidinal n'est pas retiré des objets externes.

La dépression reste un moyen d'agresser l'Autre à travers soi et "cette tragique récupération peut aller jusqu'au suicide" (DIATKINE).

La dépression chez l'hystérique peut être comparée au désespoir chez tout être humain tel que l'envisagé KIERKEGAARD : "Son apparition montre déjà sa préexistence..., car l'événement même qui jette quelqu'un au désespoir, manifeste aussitôt que toute sa vie passée était du désespoir".

Comme le désespéré de KIERKEGAARD, le déprimé refuse d'être soi-même, souhaite être un autre, car il est impuissant à assumer son "Moi" inséré dans une réalité qu'il cherche à fuir.

Car c'est toujours la Réalité que l'hystérique refuse et cherche à nier ; cette dénégation peut toucher la réalité la plus dramatique : la mort d'un être cher.

Chapitre V

L'HYSTERIQUE FACE AU PROBLEME DE LA MORT

1)- LE DEUIL HYSTÉRIQUE.

La problématique de l'hystérique favorise la survenue de manifestations pathologiques de deuil après le décès d'un être cher.

Les auteurs qui se sont intéressés à ce problème du deuil pathologique insistent en effet sur l'importance des caractères de la relation d'objet préexistant à la situation traumatique : il s'agit d'une relation prégénitale qui rend bien compte de la faiblesse du Moi et de l'avidité affective de tels sujets ; or, cet aspect nous a paru significatif dans la façon d'être au monde des hystériques.

Incapable de se distancer de ses objets, l'hystérique a toujours ressenti tout éloignement comme une séparation insupportable, et devant cette perte d'objet réelle et définitive, cette séparation radicale que représente la mort, elle tente de se réfugier dans la dénégation ambivalente permise par la fonction de l'Imaginaire : croire à la mort (sur un plan conscient), et dans le même temps la nier dans la vie fantasmatique. Combien de malades conversent avec la mort, conservent intacte la pièce où il a vécu, retournent inlassablement sur les lieux qu'il a fréquentés.

Le deuil, plongeant le sujet dans la solitude

et l'abandon insupportable, réactive le sentiment d'échec des premières relations objectales et entraîne un état dépressif profond et durable.

L'impossibilité d'assumer toute frustration se manifeste ici de façon d'autant plus dramatique que l'objet perdu représentait véritablement un compromis entre les tendances opposées et conflictuelles du sujet ; pour prendre l'exemple du cas publié par LAGACHE, le fils représentait pour Marie à la fois une autorité morale (qui avait d'ailleurs permis à Marie de se dégager de celle de la mère pré-oedipienne omnipotente), et un objet d'amour vers lequel convergeaient des sentiments tendres dont la note incestueuse n'était pas douteuse.

Dans la mesure où le conflit oedipien n'a pu être correctement vécu, dans sa composante positive, l'amour pour le père, et dans sa composante négative, l'agressivité à l'égard de la mère, toute relation authentiquement génitale est de ce fait impossible ; la relation d'objet reste écrasante et indispensable, et la perte d'un être cher entraîne une régression à un mode archaïque de relation et de réaction.

La mort brutale replace le sujet en face d'un conflit auquel il avait pu jusque-là trouver un compromis ; pour reprendre l'exemple de Marie, la mort de son fils la place à nouveau devant ce choix insupportable "être mère ou femme".

Nous retrouvons là une notion sur laquelle nous avons déjà insisté : celle d'une évolution oedipienne gênée par une fixation pré-oedipienne (fixation à la mère omnipotente dans le cas de Marie).

Les endeuillés hystériques expriment des désirs de mort, et, culpabilisés d'être encore en vie, tentent souvent de se suicider ; alors que les identifications sont habituellement superficielles et labiles chez de tels sujets, la personne du mort, par contre, peut être l'objet d'une identification profonde et

durable ; soit que l'hystérique emprunte les symptômes de la maladie du défunt, soit que le désir de fusion, d'identification totale aboutisse à la mort par suicide.

Car l'hystérique en deuil, privé de son "Moi auxiliaire", incapable désormais de se saisir comme sujet autonome, ne peut plus assumer que le "Moi d'un cadavre vivant". Et LAGACHE ajoute, à propos de Marie : "C'était sa façon masochique de continuer à aimer son fils et à exister. En ce sens, on est droit de parler d'identification à l'objet perdu et de Moi modifié par l'ombre de l'objet".

Le mort représente une autorité morale, un modèle d'identification qui par conséquent tente d'entraîner le sujet dans la mort ; mais il a été aussi un vivant auquel le sujet ne peut plus s'identifier sans éprouver un intense sentiment de culpabilité.

Il semble donc que le traumatisme du deuil trouve une résonance particulière du fait d'un certain type d'organisation de la personnalité, d'expériences réelles et anciennes de frustration, de fantasmes d'abandon et de castration.

Le problème du deuil hystérique mériterait donc à lui seul un long développement ; il renvoie en particulier au problème de la névrose traumatique, et à la question de savoir si cette "névrose" trouve un terrain d'élection dans l'organisation hystérique de la personnalité.

En fait, cette discussion nous paraît dépasser les limites que nous avons choisies pour l'essentiel de notre étude.

Au cours du deuil pathologique, se déroulent les diverses étapes de la formation du symptôme hystérique : après une phase de latence, faite d'abattement, d'inhibition, qui suit le choc traumatique, apparaissent les symptômes de conversion, tandis que la tendance répétitive trouve son expression essen-

tielle dans l'activité onirique qui fait revivre le drame de la séparation définitive. Ainsi la mobilisation globale de l'énergie du Moi entraîne un désinvestissement général.

Aussi cette perte d'objet réelle et définitive est-elle à l'origine des dépressions hystériques les plus graves et les plus durables.

o o

2) - HYSTÉRIE ET SUICIDE.

Menaces de suicide, début de passage à l'acte, répétition, chantage, s'observent avec une fréquence remarquable chez les malades hystériques.

La fréquence des idées de suicide avait déjà été soulignée par PITRES et JANET, en particulier.

JANET les considérait comme une conséquence bien compréhensible de la tendance à la tristesse et à la mélancolie si fréquemment observée chez ces malades.

PITRES s'élevait vivement contre la réputation de supercherie faite par la plupart des auteurs aux tentatives de suicide des hystériques. Il était convaincu en effet que si ces tentatives n'aboutissaient pas plus souvent à la mort, l'absence de préméditation du geste, l'humeur labile et capricieuse devaient en être tenues pour responsables.

"L'hystérique ne réfléchit pas. Pour une contrariété futile, pour un chagrin qu'une personne mieux équilibrée supporterait courageusement, elle prend la résolution de se tuer, et, aussitôt, elle avale le poison qu'elle trouve sous sa main, ou se jette à l'eau. Le lendemain, elle est enchantée d'avoir échappé à la mort".

Qu'en est-il en effet du désir de mort dans la tentative de suicide de l'hystérique ?

Dans la plupart des cas, ce geste, qui se veut dramatique dans son exécution, est destiné à rendre impossible toute frustration.

Avec une facilité déconcertante, l'hystérique choisit la menace la plus inquiétante, cherchant à conserver l'objet ou les objets qu'elle agresse dans le même mouvement.

Le plus souvent, la tentative de suicide semble relever à la fois du besoin de dépendance et du désir de toute-puissance, en même temps qu'elle est une façon de rejeter la culpabilité sur autrui.

Cependant, si un grand nombre de tentatives de suicides semblent dépourvues, au moins dans une première approche, d'un authentique désir de mort, il n'est pas inutile de rappeler que 4 % des hystériques font un suicide "réussi".

Les états dépressifs sont d'autant plus profonds qu'ils surviennent chez des personnalités hystériques mieux caractérisées ; dans une névrose grave, on peut assister à une régression suffisamment marquée pour aboutir à ce que ROSOLATO a appelé "un arrêt du cycle de la demande en partie démystifiée".

Tant que la conduite de chantage et d'agression se manifeste, la relation reste ouverte avec l'Autre ; même s'il existe une régression orale, celle-ci n'est que partielle. Mais dans les cas de régression plus profonde, l'hystérie se rapproche du pôle schizophrénique, toujours sous-jacent selon l'école kleinienne, et le désinvestissement objectal devient tel que le désir de mort, envahissant le champ de la conscience, trouve sa réalisation. "Si la désagrégation de l'esprit est grave, écrivait JANET, si l'idée fixe est forte, elle se réalise parfaitement".

C h a p i t r e VI

DEPRESSION HYSTERIQUE ET PROBLEMES THERAPEUTIQUES

Ces états dépressifs des hystériques, fréquents et récidivants, ont une évolution capricieuse et parfois bien décevante quant à la thérapeutique qui leur est appliquée.

Ils sont sans doute plus sensibles à une modification imperceptible des conditions extérieures qu'aux divers traitements essayés.

L'inefficacité des électrochocs est connue ; les anti-dépresseurs ont parfois une action spectaculaire, mais il est bien souvent difficile de démêler la part qui revient dans cette amélioration à l'activité propre des médicaments, à la séparation du milieu familial, à l'établissement d'une relation psychothérapique. Cette dernière nous paraît, un effet, essentielle, ne serait-ce que parce que l'hystérique met de toute façon constamment en cause le médecin, pour l'impliquer, le décevoir, l'intriguer, ou le mettre en échec.

Et le psychiatre risque fort d'osciller entre deux attitudes aussi peu thérapeutiques l'une que l'autre : être victime ou agresseur. Le problème essentiel réside en effet dans la difficulté à ne pas prendre parti pour ou contre le malade et ses symptômes. Là plus qu'ailleurs peut-être, l'attitude de neutralité du médecin est nécessaire pour éviter que la relation ne s'articule en fonction du

"désir de désir insatisfait" de la patiente.

En pratique, si tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que l'hystérique est "faite pour la psychanalyse" (PERRIER), l'indication d'un tel traitement est rarement possible, car la faiblesse et la fragilité du Moi chez ces malades est un obstacle à un tel recours thérapeutique.

Les difficultés ne font qu'augmenter à mesure que l'hystérique avance en âge : nous avons vu, en effet, combien ces malades sont sensibles aux déceptions, aux séparations, à toutes les frustrations qui ne font qu'augmenter avec l'âge, le vieillissement biologique lui-même étant, pour l'hystérique, une épreuve particulièrement pénible.

Privée des gratifications dont dépend le sentiment de sa valeur personnelle, l'hystérique ne peut finalement trouver une compensation, une échappatoire au sentiment de dévalorisation et d'abandon, que par une activité de sublimation, lorsque celle-ci est possible.

CONCLUSIONS

- Nous avons étudié l'incidence de la dépression au cours de l'hystérie et ses rapports avec cette névrose, essentiellement caractérisée, pour reprendre la définition de EY, par "une anomalie des processus d'identification de la personnalité dont les symptômes sont l'effet d'une expressivité anormale des phénomènes inconscients".

- Les observations choisies pour illustrer notre étude concernent toutes des femmes hospitalisées dans le Service Libre de la Clinique de la Faculté, à l'occasion d'états dépressifs survenant chez des malades répondant aux critères de "personnalité hystérique", tels qu'ils ont été en particulier établis par CHODOFF et LYONS (égocentrisme, histrionisme, érotisation du contact, dépendance affective, labilité émotionnelle, peur de la sexualité, suggestibilité), et ayant présenté des phénomènes de conversion somatique ou en tout cas une complaisance somatique caractéristique de cette névrose.

- La fréquence des états dépressifs chez les malades hystériques, déjà signalée par PITRES et CHARCOT, a surtout été soulignée par JANET, frappé par la tendance à la tristesse et à la mélancolie de ces malades.

Les auteurs contemporains, et MALLET en particulier, ont mis l'accent sur l'importance et le

sens de la dépression au cours d'une affection que l'on cherche désormais à caractériser moins d'après ses symptômes que selon son organisation structurale.

- Des études longitudinales récentes (ERNST, CIOMPI) ont mis en évidence la fréquence des symp-
tômes dépressifs apparaissant avec le vieillissement, alors que, dans la plupart des cas, la symptomatologie bruyante, typiquement hystérique, disparaît avec le temps. Il semble que les frustrations liées à l'âge lui-même, la diminution des possibilités de conversion somatique et de dramatisation de l'existence laissent émerger le sentiment douloureux de dévalorisation jusque-là compensé.

- Ces dépressions hystériques nous semblent remarquables par :

* leur caractère réactionnel à une frustration, d'une façon très générale à la rupture d'une relation objectale ayant toujours chez l'hystérique une fonction de valorisation narcissique.

* leur aspect relationnel : la dépression reste un mode de communication, une tentative de récupération de l'amour d'autrui, en même temps qu'une façon inconsciente pour l'hystérique d'agresser l'entourage à travers sa propre souffrance.

- Or, ces deux aspects sont également caractéristiques de la dépression névrotique : nous avons, en effet, essayé de montrer que la dépression des hystériques était le type même de la dépression névrotique ; elle répond aux critères adoptés par la majorité des auteurs pour définir ce type de dépression en l'opposant habituellement à la dépression mélancolique :

. le caractère de réaction à un événement

frustrant ;

• L'aspect relationnel des symptômes qui restent une forme de communication avec autrui.

Des études cliniques, comme celle de LAZARE et KLERMAN, ont montré d'autre part que, chez des malades hospitalisées pour une dépression de type névrotique, près de la moitié avaient des traits de personnalité hystérique dominants.

- Nous avons donc été amenée à étudier les rapports pouvant exister entre la personnalité hystérique et la survenue d'états dépressifs :

1)- L'hystérique, soucieuse de se conformer au désir de l'Autre, amorce le dialogue et tente de capter l'attention dans les limites permises par la tolérance de la Société et du Médecin. Abandonnant peu à peu les manifestations théâtrales qui n'intriguent plus le médecin et irritent l'entourage, elle se réfugie dans des états de dépression, de tristesse anxieuse, accompagnés de plaintes somatiques.

2)- La tendance dépressive, liée à un sentiment d'infériorité et d'impuissance, plonge ses racines dans la problématique de l'hystérie dont nous avons envisagé les aspects fondamentaux, en insistant tout particulièrement sur le rôle des fixations prégénitales:

- La relation d'objet chez l'hystérique a, en effet, tous les caractères d'une relation d'objet prégénitale, telle que la définit BOUVET : rivée à son objet, l'hystérique fait dépendre le sentiment de sa propre valeur de la possession d'un objet significatif, attitude caractéristique de l'organisation orale de la personnalité, qui est celle que l'on retrouve chez les dépressifs, pour lesquels l'objet doit être absolument bon et jouer le rôle de "Moi auxiliaire".

L'avidité affective de l'hystérique

l'expose tout naturellement à la dépression.

- L'importance des fixations orales dans l'organisation de la personnalité hystérique joue un rôle fondamental dans la façon dont le sujet abordera les stades ultérieurs du développement libidinal et essentiellement le niveau oedipien.

Le drame de l'hystérique est moins, nous semble-t-il, l'échec devant le conflit oedipien, que l'impossibilité d'aborder ce niveau génital, en raison, d'une part de l'importance des fixations pré-génitales, d'autre part de l'impuissance à assumer son identité en tant qu'être sexué.

- Le problème de l'identification ne peut être résolu du fait de l'ambiguïté dans l'identification au père ou à la mère.

- A l'angoisse liée à cette ambiguïté inconsciente, s'associe la tendance dépressive profonde en rapport avec le désir de posséder un organe génital mâle. L'hystérique cherchera toute sa vie à compenser ce manque insupportable, à tromper ce sentiment douloureux d'impuissance.

- S'efforçant d'oublier et de faire oublier aux autres la distance qui la sépare du Moi-Idéal, elle est perpétuellement en représentation, et, faute de pouvoir s'engager dans une relation adulte (de type génital), elle multiplie les personnages, se perd dans l'inauthenticité de son existence et s'abandonne à la fonction de l'Imaginaire ; dès lors, on comprend que la moindre frustration, témoin d'une réalité toujours refusée, déclenche une réaction dépressive.

- Nous avons enfin envisagé deux problèmes particuliers :

- le deuil hystérique,
- la tentative de suicide chez l'hystérique.

- Devant la séparation radicale que représente la mort, l'hystérique, brusquement renvoyée aux premiers échecs de la relation objectale, se réfugie dans la dénégation ambivalente permise par la fonction de l'Imaginaire : croire à la mort et, dans le même temps, la nier dans la vie fantasmatique.

- La fréquence des tentatives de suicide a été soulignée par tous les auteurs, qui continuent de s'interroger sur le sens de ce geste chez les hystériques :

* Impulsives, mal préparées, souvent sans conséquences graves, les tentatives de suicide chez ces malades ont la plupart du temps le sens d'un appel au secours, manifestation théâtrale de l'intolérance à toute frustration.

* Mais 4 % des hystériques meurent par suicide et, même si elles n'aboutissent pas toujours à la mort, il est des tentatives suffisamment graves pour être l'expression d'un authentique désir de mort. Il arrive que l'importance de la régression, le rétrécissement du champ relationnel, aboutissent à un "arrêt du cycle de la demande en partie démystifiée" où la mort est réellement désirée et recherchée, comme une fuite définitive hors de la réalité.

- Le problème thérapeutique posé par ces états dépressifs est dominé par l'évolution imprévisible, capricieuse ; les variations de l'humeur dépendent souvent davantage des relations avec l'entourage que de l'activité spécifique des médicaments anti-dépresseurs.

Aussi le rôle du médecin est-il particulièrement important et difficile, car l'hystérique a le redoutable privilège de réduire son interlocuteur à l'état de victime ou d'agresseur ...

Ne pas prendre parti pour ou contre le malade et ses symptômes reste, de la part du médecin,

l'attitude la plus difficile et la plus thérapeu-
tique.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

R. MALLET

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

F. DELBARRE

Le Président
de la thèse,

P. PICHOT

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM K.- Oeuvres complètes. T. I - Payot.
- ABRAHAM G. (Genève) - A propos de la dépression hystérique.- Congrès Psych. et Neurol. Langue française - Lausanne, 1965 - Masson.
- AJURIAGUERRA J. de - Le problème de l'hystérie.- Encéphale, 1951, 40, 1, 50-67.
- AJURIAGUERRA et HAECAN - Névroses post-traumatiques. - Congrès des Aliénistes de Langue française, 1954.
- BEDINA G.E.- Il tentativo di suicidio nei soggetti isterici.- Riv. Sperimentale Freniatria, 1963, vol. 93, p. 1106.
- BERGLER - La névrose de base. - Payot.
- BLEULER E.- Théories psycho-physiques dans la conception de l'hystérie.- Analysé par EY : Ann. Méd.- Psych., 1933, 2, 593.
- BOUVET M.- Oeuvres complètes. T. I - Payot.
La Clinique psychanalytique.
La relation d'objet.
- BRIQUET - Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.- Paris, 1859.
- BRISSET Ch.- Hystérie et pathologie psycho-somatique.- Rev. Prat., 14 : 1459-1470, 1964.

- BURGER M.- L'organisation orale chez une hystérique kleptomane.- Rev. Fr. Psych. 26, 423-446, 1962.
- CELERIER M.C.- Evolution de la notion de dépression névrotique.- Thèse Paris, 1966.
- CHARCOT - Leçons du Mardi.
- CHODOFF et LYONS - Hysteria, the hysterical personality and hysterical conversion.- Amer. J. Psychiat. 1958, 114, 734-740.
- CIOMPI L.- Le vieillissement des hystériques.- Encéphale, 1966.
- CIOMPI L.- Hystérie et vieillesse ; étude catamnétique.
- DESPINOY, BENOIST, MARES et COLSON - Manifestations hystériques et culture.- C.R. Congrès des Aliénistes de Langue française, 1957.
- DIATKINE R.- L'abord psychanalytique de l'hystérie.- Conf. Psych. SPECIA, N° 1, Sept. 1966.
- EY H.- Introduction à l'étude actuelle de l'hystérie.- Rev. Prat., 14, N° 11, Avril 1964.
- EY H.- Etudes psychiatriques, T. 1 - Etude N° 6.
- FENICHEL O.- La théorie psychanalytique des névroses.
- FITZGERALD O.W.S.- Love deprivation and the hysterical personality.- J. Ment. Sci. 1948, 94, 397, 701-717.
- FOLLIN, CHAZAUD et PILON - Cas cliniques des psychoses hystériques.- Evol. Psychiat. 1961, 26, 2, 257-286.

FREUD S.- Le cas Dora, in Cinq Psychanalyses.-
P.U.F.-

FREUD S.- Inhibition, symptôme et angoisse.-
P.U.F.-

FREUD et BRENER - Etudes sur l'hystérie.- P.U.F.-

GREEN A.- Névroses obsessionnelles et hystérie. Leurs
relations chez Freud et depuis.- Rev. Fr.
Psych., 1964.

GRUNBERGER B.- Conflit oral et hystérie.- Rev. Fr.
Psych. 1953.

GRUNBERGER B.- Considérations sur l'oralité et la
relation d'objet orale.- Rev. Fr. Psych.
1959, 23, 1.

GRUNBERGER B.- Etude sur la dépression.- Rev. Fr.
Psych. 1965, 29, 1.

HANUS M.- Les deuils pathologiques.- Thèse Paris,
1969.

HESNARD - L'hystérie, névrose d'expression.-
Evol. Psychiat. 6, 17-43, 1936.

ISRAËL L.- La victime de l'hystérique.-
Evol. Psychiat. 1967, N° 3, 517-546.

JANET P. - L'automatisme psychologique.

JANET P. - Etat mental des hystériques. Les stig-
mates mentaux.

JANET P.- Accidents mentaux des hystériques.

JASPERS - Psycho-pathologie générale.

KLEIN M.- La psychanalyse des enfants.- P.U.F.,
1959.

KIERKEGAARD S.- Traité du désespoir.- N.R.F., Coll.
Idées.

KRETSCHMER E.- Hysteria (trad. anglaise).

LACAN J.- Le stade du miroir.- Rev. Fr. Psych.,
1949.

LAGACHE D.- Deuil pathologique.- La Psychanalyse,
T. 2, 1956 - P.U.F.-

LAZARE A. et KLERNAN G.L.- Hysteria and depression:
the frequency and significance of hysterical
personality features in hospitalized depress-
ed women.- Amer. J. Psychiat. 124, 11, May
1968 - Suppl.-

LEMPERIERE Th. et coll.- Symptômes hystériques et
personnalité hystérique.- Congr. Psych. et
Neurol. L. française, Lausanne, 1965.

LJUNBERG - Hysteria. A clinical, pronostic and
genetic study.- Acta psychol. neurol. scand.
112, 1957.

LOEWENSTEIN et PARCHEMINEY - La conception psychana-
lytique de l'hystérie.- Encéphale, 1933,
1, 312-330.

MALLET - Hystérie de conversion.- Encycl. Méd.-
chir., 37340 A1C, 1935.

MALLET - La dépression névrotique.- Evol. Psych.,
1955.

MAIROLT (Louvain) - L'hystérie envisagée en tant
que névrose de relation.- Congr. Psych.
Neurol. de L. française, Lausanne, 1965.

NACHT et RACAMIER - Les états dépressifs : étude
psychanalytique.- Rev. Fr. Psych. 1959, 23,
567-605.

NYSSSEN - Le problème de la constitution et du caractère hystérique.- Acta Neurol. et Psych. Belgica 48, 1948.

PASCHE F.- De la dépression.- Rev. Fr. Psych. 1963, 27, 191-222.

PERRIER F.- Structure hystérique et dialogue analytique.- Conf. Psych. SPECIA, N° 1, Sept. 1968.

PICHOT P.- Histoire des idées sur l'hystérie.- Conf. Psych. SPECIA, N° 1, Sept. 1968.

PICHOT P.- La nosologie des états dépressifs.- Acta Psycho-somatica - Edit. française.

PITRES - Leçons cliniques sur l'Hystérie et l'Hypnotisme, 1892.

RACAMIER - Hystérie et théâtre.- Evol. Psych. 1952, 257-289.

REGIS - Précis de Psychiatrie, 1923.

REYSS - BRION - Remarques cliniques et thérapeutiques sur la dépression hystérique.- Cit. Ann. Méd. Psych. 1963, 121/I, 487.

REICH - The hysterical character in character analysis. N.Y. Orgone Institute Press, 1949.

ROSOLATO - Introduction à l'étude de l'hystérie.- E.M.C.** 37335 A10, 1962.

ROSOLATO - L'hystérie. Structures psychanalytiques.- Evol. Psych. 1962, 225-257.

SCHNEIDER P.B. et coll.- Contribution à l'étude de l'hystérie.- Congr. Psych. Neurol. L. française, Lausanne, 1965.

SEGLAS - Leçons cliniques. - Paris, 1895.

SOMMER - Contribution à la caractérisation et à la délimitation de l'hystérie. Rapports des symptômes et de la personnalité hystérique.- Cahiers de Psych. 2, 1948.

WINTER H.- Pre-oedipal factors in the genesis of hysterical character neurosis.- Intern. J. Psycho-anal. 1964, 45, 338.
